

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANNIE-CLAUDIE CANUEL

ÉTUDE DE CAS D'UNE ENFANT AYANT UN
TROUBLE SÉVÈRE DE COMPORTEMENT

MAI 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

SOMMAIRE

Cet essai a pour but de mieux comprendre les troubles du comportement chez l'enfant par l'intermédiaire d'une étude de cas. Cette étude vise à présenter une cliente présentant un trouble sévère du comportement. Cette étude examine aussi les stratégies d'intervention pouvant être appliquées auprès des jeunes présentant ce type de problématique. Le bilan des interventions réalisées auprès de la cliente et les résultats du processus thérapeutique sont ensuite exposés. La discussion porte sur l'efficacité des diverses techniques d'intervention employées dans le traitement des enfants ayant un trouble du comportement.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	ii
Table des matières	iii
Remerciements	v
Introduction	2
1. Présentation de la cliente	3
Identification	4
Motif de la consultation	4
Anamnèse	5
Résultats de l'évaluation psychologique	10
Interprétation clinique	14
2. Les troubles de comportement	19
Définition selon le DSM-IV	20
Définitions en psychopathologie	23
La classification du Ministère de l'éducation du Québec	24
Les conduites d'intériorisation et d'extériorisation	25
3. Intervention auprès des enfants présentant des troubles de comportement	27

Modèles de traitement	28
Les méthodes d'intervention comportementales	28
Les méthodes d'intervention cognitivo-comportementale	31
L'acquisition et le développement des habiletés sociales	33
Les programmes de compétences éducatives parentales	34
Perspective d'intervention de Bloomquist	35
Perspective d'intervention de Smith	37
Objectifs et stratégies d'intervention	41
Bilan des interventions	42
Résultats	62
Relation thérapeutique	64
Atteinte des objectifs	65
4. Discussion	69
Conclusion	76
Bibliographie	79
Appendices	
Appendice A : Copie des dessins, des réponses au Rorschach et du verbatim du Roberts	83
Appendice B : Tableau de comportement	96
Appendice C : Contrat de comportement	98

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier son directeur de recherche, monsieur André Cloutier pour l'avoir suivie dans ce projet, pour ses judicieux conseils et pour l'avoir encouragée à se dépasser ainsi que messieurs Gilles Dubois et René Marineau en fin de parcours.

Elle souligne aussi le travail des superviseurs avec lesquels elle a travaillé et appris la pratique de la profession, soit Michel Bossé pour les bases théoriques et le plaisir de la thérapie avec les tout-petits, Suzanne Léveillée pour sa confiance, Rosaire Daigneault pour avoir étayé son jugement clinique et Christiane Corbeil pour ses encouragements répétés tout au long de la rédaction.

Elle remercie aussi sa famille et ses amis pour le support et les encouragements tout au long de ses études, de même que son fiancé, pour sa présence, sa patience et ses nombreux encouragements.

Pour terminer, l'auteure remercie la cliente dont il est question dans cette recherche et sa famille qui a rendu la rédaction de cet essai doctoral possible.

Merci infiniment!

INTRODUCTION

De nos jours qui peut dire qu'il ne connaît aucun enfant présentant un trouble du comportement? Dans les milieux de stages où elle a évolué et particulièrement cette année dans une clinique de pédopsychiatrie, l'auteure a pu constater que ce motif de consultation est l'un des principaux que l'on rencontre dans les bureaux de psychologue, soit suite à une référence des intervenants scolaires ou encore suite à une demande des parents parce qu'ils sont à bout de souffle.

Pourquoi entend-on davantage parler de ce type de trouble depuis quelques années? Où se situe le problème? Est-ce seulement pour satisfaire le système qu'on attribue ce diagnostic ou encore parce que le nombre d'enfants présentant un comportement difficile s'accroît réellement? Et si tel est le cas, quelle en est la raison? Comment expliquer ce grand nombre d'enfants diagnostiqués comme ayant un trouble de comportement? Est-ce que cela origine d'un désordre affectif ou encore des attitudes éducatives, de la discipline, du style parental, de la société actuelle et quoi d'autres... C'est pour tenter de clarifier cette problématique, que l'auteure a choisi de se pencher sur ce qui entoure les troubles du comportement chez l'enfant. Elle ne pourra dans le cadre de cet essai, répondre à toutes ces questions, Toutefois, à l'occasion d'une étude de cas, elle espère apporter quelques pistes de réflexions sur le sujet.

L'essai consiste donc en une étude de cas portant sur un enfant qui a été rencontré dans le cadre d'un internat en pédopsychiatrie. Pour ce faire, nous procéderons de la façon suivante. Au chapitre I, nous présenterons le cas dans son ensemble en incluant l'anamnèse, l'évaluation ainsi que la compréhension de la dynamique de l'enfant. Le chapitre II précisera ce qu'on entend habituellement par trouble du comportement afin de bien situer la suite de l'essai. Le chapitre III abordera une revue critique de la documentation portant sur les différents types d'intervention utilisés avec ces enfants qui présentent des troubles du comportement ainsi que leur efficacité. Nous y retrouverons aussi la présentation du processus thérapeutique comprenant le bilan des interventions. Le chapitre IV sera destiné à une période de réflexion clinique et de discussion à partir du cas présenté.

CHAPITRE I

PRÉSENTATION DE LA CLIENTE

Dans ce chapitre, nous allons présenter la cliente qui fait l'objet de la présente étude.

Identification

Lydia¹, âgée de 10 ans, est la cadette d'une famille de trois enfants. Elle habite en Mauricie depuis deux ans et demi, avec ses parents Gilles (38 ans) et Marie (33 ans) ainsi que les membres de sa fratrie Alexis (11 ans) et Mélina (13 ans).

Motif de la consultation

Lydia est référée par son médecin de famille pour un suivi en psychologie pour les raisons suivantes : d'abord afin de comprendre ce qui explique les comportements de Lydia; puis, pour les parents, connaître des moyens concrets de faire face aux crises de leur fille.

En effet, Lydia serait une enfant qui réagit négativement lorsqu'elle est contrariée. Aux dires des parents, elle ferait des crises explosives. Lors d'une crise, elle s'oppose, crie, hurle, dit des gros mots, frappe les gens et lance des objets.

1. Pour préserver la confidentialité de cette cliente ainsi que de sa famille, les noms et les lieux ont été changés.

Elle serait opposante et impulsive. Il y aurait des périodes dans l'année où il y a moins de crises et d'autres où les crises sont plus fréquentes et intenses. Les parents rapportent avoir remarqué que le mois de septembre demeure, d'année en année, un moment propice à l'accroissement des comportements dérangeants. Ils mettent cela en lien avec le début de l'année scolaire.

Cependant, ils n'arrivent pas à expliquer l'ampleur des crises à ce temps-ci de l'année (nous sommes en février). Les parents affirment que les crises sont présentes depuis que Lydia est bébé. Il n'y aurait que la mère qui arriverait à calmer l'enfant lors de ses crises.

Par ailleurs, les parents désirent avoir des moyens d'intervenir auprès de leur fille.

Anamnèse

Les données qui suivent ont été recueillies lors d'entretiens cliniques avec les parents et l'enfant, de discussions avec le personnel et la direction de l'école que fréquente la jeune fille, de discussions avec un psychologue en pratique privé, et de lectures de documents pertinents à la problématique de Lydia.

Selon la mère, la naissance et l'accouchement se sont bien déroulés.

Dans son enfance, Lydia est décrite par ses parents comme une belle petite fille à qui l'on ne peut rien refuser. On lui aurait toujours accordé ce qu'elle demandait et répondu à ses moindres besoins. Cela nous porte à croire que la fillette a pu être élevée comme une petite reine.

En ce qui concerne le développement moteur de l'enfant, Lydia aurait présenté des retards dans l'acquisition de la motricité. Bébé, elle a mis du temps à se tourner sur elle-même, à s'asseoir et à marcher à quatre pattes. Une consultation en physiothérapie s'en est suivie. L'acquisition de la marche s'est faite vers 15 mois. Aussi, des difficultés de motricité fine furent constatées à la maternelle (colorier, découper).

Lydia présente aussi un problème visuel bien identifié : presbytie, hypermétropie et strabisme. Elle fut opérée pour pallier à cette situation vers l'âge de trois ans. Pouvons-nous établir un lien entre ce problème visuel et les difficultés motrices de l'enfant? Aucune autre particularité ne fut soulevée en ce qui concerne le développement de Lydia. L'acquisition des sphères du langage et de la propreté semble s'être faite dans des délais normaux.

L'entrée en garderie ne semble pas avoir été trop difficile. La mère mentionne que Lydia faisait ce qu'elle voulait dans la garderie en milieu familial. «Assieds-toi, berce-moi» disait-elle à l'homme de la maison. Peut-être pouvons-nous questionner tout le pouvoir que semble avoir la fillette à ce jeune âge. Ainsi, elle aurait toujours été le centre d'attention.

Lydia a été victime de «taxage» dans son ancienne ville, il y a de cela cinq ans. Elle semble avoir traversée la situation difficilement et vit dans la crainte que la situation ne se reproduise.

L'histoire de Lydia est caractérisée par plusieurs déménagements. Il y en a un qui a été particulièrement difficile à vivre pour Lydia, soit le fait de quitter la région du Saguenay pour celle de la Mauricie, parce qu'elle a perdu beaucoup d'amies.

Suite à ce dernier déménagement, l'entrée à l'école fut difficile, et ce, comme à chaque rentrée scolaire. Lydia a doublé sa deuxième année étant donné qu'elle présentait des difficultés d'apprentissage. Une évaluation intellectuelle fut menée par une psychologue de la Commission scolaire pour comprendre la nature des difficultés de l'enfant. Dans son rapport, la psychologue soulève que Lydia réussit globalement au niveau de la moyenne (centile 47). Cependant, le quotient verbal (centile 70) est de 18 points plus élevé que le quotient non verbal (centile 23). Un suivi en psychologie, au privé, a été fait auprès de Lydia depuis environ trois ans à raison d'une dizaine de séances par année, dans le but d'intervenir sur les crises. Ce suivi aura permis de préciser que Lydia aime avoir le dernier mot et cherche la limite dans la relation. De plus, le psychologue nous informe qu'il aurait mis en lumière une identification massive à la mère chez la jeune fille. Il a aussi mentionné que les rencontres auraient davantage servi à aider le père à fournir un encadrement ferme et constant à l'enfant. Parallèlement, un suivi en ergothérapie a été entrepris pour pallier aux difficultés visuelles, de coordination visuo-motrice et d'organisation visuo-spatiale. Une amélioration fut constatée par les parents au niveau des

apprentissages scolaires, mais les résultats académiques demeurent sous la moyenne. En 2002, une évaluation en neurologie à l'Hôpital Sainte-Justine aurait permis d'identifier chez Lydia un déficit d'attention. Le neurologue aurait alors suggéré la prise de Ritalin, mais le psychologue qui rencontrait l'enfant n'a pas jugé nécessaire la prise de cette médication. Cependant, depuis septembre 2003, avec la rentrée scolaire, les parents ont pris la décision de médicamenter Lydia. Ils ont constaté un effet minime du Ritalin sur les comportements de l'enfant : elle serait un peu plus calme.

Cette année, alors que Lydia est en quatrième année, rien ne va plus à l'école. En plus des difficultés d'apprentissage, des troubles de comportement importants surgissent. Une discussion avec la directrice de l'établissement scolaire fréquenté par Lydia nous amène à constater que depuis janvier dernier, les problèmes de comportement de l'enfant se sont accrus. La fréquence et l'intensité des crises ont augmenté considérablement au point où l'on se demande s'il ne serait pas préférable d'orienter Lydia vers une classe en troubles de comportement. Lors de crises, la directrice rapporte que Lydia «a l'air absente», est agressive, crie, lance des objets, tient des propos suicidaires. Elle s'est vue attribuer le code 12 du ministère de l'éducation du Québec, code qui identifie les enfants en troubles du comportement. La directrice s'avoue aussi surprise de constater qu'il n'y a que la mère qui a un effet apaisant sur sa fille. Selon différents intervenants et la directrice, le père aurait plutôt l'effet contraire sur sa fille. Un retard académique est aussi soulevé par la directrice. À ce sujet, la mère avoue que sa fille devra reprendre les travaux scolaires durant la période estivale.

Pour ce qui est des relations au sein de cette famille, il semble que la relation mère fille soit très bonne selon les dires de la mère. Une grande proximité semble les unir. Madame rapporte que Lydia adopte des comportements plus difficiles lorsqu'elle-même (mère) se sent plus stressée. Elle ajoute aussi qu'elles ont beaucoup de points en commun et se ressemblent énormément. Elle admet que lorsque Lydia se met en colère, il n'y a que la mère qui soit en mesure d'intervenir et qui aura un effet calmant. Mentionnons que madame se décrit comme étant beaucoup plus autoritaire que monsieur.

La relation père-fille semble bien fonctionner comme le mentionnent les parents. Par ailleurs, le couple s'entend pour dire qu'il fut un temps où monsieur avait de la difficulté à faire de la discipline et à s'y tenir. Il avoue travailler sur l'encadrement des enfants. Soulignons toutefois que la période des devoirs demeure difficile pour le père et la fille, et se termine souvent en conflit.

Les relations de Lydia avec les membres de sa fratrie se caractérisent, semble-t-il, par une bonne relation avec Alexis (frère). Toutefois, la relation Lydia-Mélina (sa sœur) est décrite comme étant davantage conflictuelle. L'aînée refuse de passer du temps avec sa jeune sœur, lui ordonne des choses, la dévalorise, etc....

Au niveau social, Lydia est capable de s'entourer d'amies. Elle se place rapidement en position de leader et prend les décisions. À ce sujet, la jeune fille confie qu'elle est heureuse quand c'est elle qui décide, qu'elle a besoin de gagner, d'avoir le dernier mot. Cela génèrera des conflits avec les copines. Selon la directrice de

l'école, elle aurait tout de même un bon réseau, mais plusieurs fillettes ont peur d'elle lorsqu'elle fait ses crises. Cela pourrait venir teinter ses relations sociales, car certaines amies ont commencé à prendre leur distance face à Lydia.

Résultats de l'évaluation psychologique

Observations de l'enfant en évaluation

Lydia est une petite blonde aux yeux bleus qui fait son âge physiquement. Elle est bien mise. Elle se présente avec une hygiène soignée.

Elle a toujours la tête penchée sur le côté droit pour bien voir en raison de son strabisme. Elle bouge légèrement sur sa chaise (tourne sur elle-même, bat des jambes, etc.).

Elle entre facilement en contact avec l'examinatrice. Elle s'exprime librement. Tout au cours de l'évaluation, elle offre une bonne coopération. Elle s'investit dans les tâches demandées. Elle a tendance à se dévaloriser devant la difficulté ou face à l'échec. Elle semble présenter une faible estime d'elle-même.

Résumé de l'interprétation des résultats

Une évaluation complète fut menée afin de bien saisir la problématique de Lydia. Suite à un entretien clinique, ayant pour but de recueillir les données d'anamnèse, les épreuves graphiques, le Rorschach Psychodiagnostic Test, le Roberts Aperception Test for Children et le test d'intelligence WISC-III lui furent administrés.

Une copie des dessins, du protocole du Rorschach et du verbatim du Roberts sont joints en appendice A.

Les épreuves graphiques (bonhomme, MAC (maison-arbre-chemin), une famille et sa famille en action) sont une série de dessins demandés à Lydia afin d'initier le contact avec elle, mais aussi afin de situer le niveau de maturité affective atteint en regard de la qualité formelle présentée. Ces épreuves permettent de faire ressortir des éléments significatifs de la dynamique affective de l'enfant. À partir de ses dessins, on peut dire que le niveau graphique atteint par Lydia est peu évolué en considérant son niveau d'âge. L'espace utilisé sur la page apporte des indices quant à la difficulté que l'enfant éprouve face au cadre. Plus spécifiquement, le dessin de la personne fait ressortir un besoin de plaire. Nous relevons la présence d'éléments de séduction, avec l'ajout de détails secondaires, tels les bijoux, le chapeau, l'attache cheveux, etc. Sans tous ces accessoires, il s'agit d'une présentation simpliste sans les attributs féminins fondamentaux. Dans le MAC, nous constatons la présence de plusieurs erreurs au niveau de la perspective ainsi qu'une difficulté à harmoniser les concepts demandés dans l'espace donnée. L'aspect général du dessin nous amène à

croire à un accès pauvre au monde intérieur et à une faible capacité de mentalisation. Les dessins de la famille (une famille et sa famille en action) révèlent que l'enfant n'a pas développé d'habiletés relationnelles (mains inadéquates, aucun lien dans l'action familiale). Nous pouvons aussi croire que l'enfant ne possède pas les habiletés nécessaires lui permettant de retirer des gratifications dans son environnement. Nous remarquons de la dépendance et de l'immatunité.

L'analyse du Rorschach se fera d'une manière plus qualitative à l'aide de la grille de Lerner(1991). Cette grille fut traduite par Suzanne Léveillé et coll. (2003), et la validité s'avère adéquate. En regard du Rorschach, on remarque dans un premier temps une défaillance au niveau du processus de mentalisation. Plusieurs indices étayent l'hypothèse d'une orientation dépendante (éléments à contenu régressif) teintée d'agressivité orale. On dénote que Lydia semble avoir bien de la difficulté à assumer sa pulsion agressive. En effet, après un premier contact avec les planches suscitant une pulsion, l'enfant n'arrive pas à récupérer, c'est-à-dire à sortir de l'élément pulsionnel suscité précédemment. En fait, chez le sujet, la pulsion semble avoir un effet surprenant et déstabilisant. Ainsi, en perte d'équilibre, de moyens ou encore de contrôle, la jeune fille semble de nature plus réactive. La réaction de cette enfant aux percepts en couleurs nous laisse croire en la présence d'impulsivité chez elle. Par ailleurs, à plus d'un endroit, on constate que l'agression est subie; elle est présentée comme étant menaçante et retournée contre le sujet. De plus, il semble que les limites des percepts ne soient pas toujours clairement établies, et de l'anxiété semble liée à ces situations. Par ses réponses, on constate chez la jeune fille une difficulté à s'organiser et à se structurer dans un contexte où le cadre et les règles ne

sont pas clairement définis. Cela semble générer chez elle de la confusion et de l'insécurité. Par ailleurs, l'image présentée se trouve à l'occasion dévalorisée, abîmée. Aussi, on note chez Lydia une tendance à la dissimulation, se présentant sous une façade.

Le Roberts est un test projectif thématique. À la manière du TAT ou du CAT, l'enfant est invité à raconter une histoire à partir de l'image qui lui est présentée. Chacune des images se réfère à un conflit intrapsychique. Le but est que l'enfant se projette dans la situation afin de voir comment il arrive à négocier avec le type de conflit suggéré par l'image. Les réponses permettent de retracer les zones de conflits non résolus chez l'enfant et de mettre en lumière sa dynamique psycho-affective. Chez Lydia, à plus d'un endroit il est question d'un malaise indifférencié. Ce dernier nous semble attribuable à une difficulté qu'a l'enfant à mentaliser et à être en contact avec son monde intérieur. Les réponses fournies par l'enfant nous laissent croire en un malaise engendré par une blessure narcissique (crainte de perdre quelque chose pour elle-même). La thématique de l'anxiété de séparation est récurrente et nous porte à croire en l'hypothèse d'une relation de dépendance à la figure maternelle et une crainte d'être séparée de la mère. Les thèmes abordés par Lydia expriment bien la relation de dépendance et la crainte de perdre la mère. La présentation d'un environnement extérieur menaçant ainsi que la récurrence de l'agression subie, dans le Roberts comme dans le Rorschach, apparaissent comme étant en outre, liés à l'épisode de «taxage», vécu comme un véritable traumatisme par la fillette.

Un WISC-III fut administré afin d'évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant et de tracer son profil cognitif maintenant que la jeune fille porte des verres correcteurs pour son déficit visuel. Les résultats à l'épreuve intellectuelle situent Lydia dans la moyenne des enfants de son âge. Il est possible de dire que Lydia présente une habileté générale à fonctionner de façon abstraite. Ainsi, cette habileté étroitement liée aux tâches scolaires justifie le rendement académique atteint par Lydia à ce jour.

N'eut été une faiblesse au niveau de la planification séquentielle (organiser des stimuli dans un ordre logique), on pourrait estimer un bon potentiel en ce qui se rattache aux habiletés de raisonnement non-verbal. Toutefois, en raison de difficultés visuelles et de problèmes de coordination visuo-motrice, le rendement à ce type d'activité s'en trouve diminué.

De plus, le test permet de relever, chez Lydia, une tendance à l'impulsivité à l'égard de l'action ainsi qu'une anticipation anxieuse des conséquences de ses actes.

Interprétation clinique

Les résultats révèlent une enfant qui agit des moments de perte de contrôle, par ses crises de colère, alors qu'elle n'arrive pas à s'approprier ses pulsions agressives. En effet, comme les résultats au Rorschach l'indiquent, face à la pulsion, la fillette se trouve déstabilisée et devient réactive, voir impulsive. De plus, il nous semble que l'enfant manque de limites extérieures afin de contenir toute cette agressivité. Elle

éprouve ainsi de la difficulté à s'organiser, à se structurer dans un tel contexte. Mentionnons que le père avoue avoir de la difficulté à établir et à maintenir un encadrement stable, ferme et cohérent avec sa fille.

De plus, cette enfant semble en grand besoin face à sa mère (relation de dépendance, symbiose). En effet, une grande proximité caractérise la relation mère-fille. D'ailleurs, la mère et le père de Lydia s'entendent pour dire que les deux femmes sont pareilles et ont le même caractère. Aussi, on remarque que les crises de Lydia se rattachent souvent au stress vécu par la mère. Le nombre de crises chez l'enfant augmentant en regard du vécu maternel selon ce que nous rapporte madame. Il y a donc identification et dépendance face à la mère.

Lydia semble aussi éprouver une crainte de perdre cette mère et son amour. On pourrait lier cette anxiété de séparation au fait que la jeune fille adoptant des conduites inappropriées provoque ainsi la mère, et bien que cette dernière soit présente et intervienne au niveau de la discipline, Lydia a peur que la mère ne la laisse tomber en raison de ses comportements agressifs. Cela expliquerait aussi le fait que Lydia ne peut être calmée que par cette dernière dans ses moments de crises de colère : elle est rassurée, à chacune de ses interventions, de par sa présence et son amour.

Nous sommes en présence d'une jeune fille qui a toujours réussi à obtenir ce qu'elle désirait. La mère mentionnait que lorsqu'elle était enfant, Lydia pouvait obtenir tout ce qu'elle désirait et ajoutait aussi qu'elle était bien gâtée. Chacun donnait à Lydia

ce qu'elle revendiquait. Nous constatons que la jeune fille n'a pas eu l'occasion d'être confrontée à un refus ou encore à une attente avant de satisfaire ses besoins. Ainsi, n'ayant rarement ou jamais été confrontée à la frustration, Lydia a tendance à réagir impulsivement lorsqu'elle est contrariée.

Par ailleurs, la fillette semble avoir été fortement éprouvée par le «taxage» vécu dans le passé et vivre la situation comme un véritable traumatisme. On peut se demander l'intimidation vécue à ce moment a été à un point insoutenable que Lydia agit le malaise ressenti en intimidant à son tour son entourage par les crises d'agressivité qu'elle fait.

Au niveau intellectuel, Lydia fonctionne dans la moyenne des enfants de son groupe d'âge. Ses résultats pourraient être nettement supérieurs n'eut été une difficulté de coordination visuo-motrice et ses problèmes visuels (strabisme). Cette condition visuelle pourrait jouer un rôle fondamental dans l'explication du retard d'apprentissage de l'enfant, mais surtout dans l'incapacité qu'elle a de répondre aux normes exigées dans sa performance scolaire. À ce stade, il nous semble difficile de statuer sur toute l'ampleur que prend cette difficulté chez la jeune fille. Il serait nécessaire de mener une évaluation plus approfondie en neuropsychologie afin de déterminer s'il s'agit réellement d'un trouble déficitaire de l'attention ou encore s'il ne s'agit pas plutôt d'un trouble d'apprentissage spécifique influençant sa performance académique et ayant des conséquences sur l'image qu'elle peut avoir d'elle-même. Ces deux derniers facteurs pourraient expliquer une partie des comportements perturbateurs chez la jeune fille.

De toute manière, un autre aspect, comme nous l'avons souligné, justifie l'apparition des conduites agressives et s'explique à un niveau psycho-affectif. En effet, la jeune fille vit une relation de dépendance face à la figure maternelle. Cet élément ainsi que l'anxiété de séparation vécue font en sorte qu'il n'y a que la mère qui puisse être apaisante dans les moments de crises de colère. Ces situations surviennent alors que l'extérieur n'est pas assez structurant pour l'aider à gérer la pulsion agressive et que les limites sont mal établies.

CHAPITRE II
LES TROUBLES DE COMPORTEMENT

Les troubles de comportement

Le présent chapitre permettra de clarifier les concepts liés aux troubles de comportement. Il se divisera de la manière suivante : la présentation de diverses définitions, la classification adoptée par le ministère de l'éducation et les conduites d'intériorisation et d'extériorisation d'Achenbach.

On donne habituellement aux problèmes de comportement, soit un sens large ou descriptif, soit un sens plus étroit, qui est diagnostique ou clinique. Au sens descriptif, ces problèmes regroupent un ensemble de comportements perturbateurs qu'une majorité d'enfants et d'adolescents manifestent à divers degrés en cours de développement comme, la désobéissance répétée, la provocation, le vol, le mensonge et l'agressivité verbale et physique. Au sens diagnostique ou clinique, les troubles de comportement sont des psychopathologies distinctes qui présupposent la présence d'un certain nombre de comportements perturbateurs relativement bien définis et qui ne peuvent être diagnostiqués que si certains critères sont remplis.

Deux troubles sont le plus souvent utilisés pour classer les problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents : le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Le trouble oppositionnel se caractérise par des comportements de transgression, d'opposition et de provocation qui conduisent régulièrement à des conflits marqués avec l'entourage. Le trouble des conduites recouvre l'ensemble de ces comportements mais s'y ajoute la violation répétée des droits fondamentaux d'autrui et des normes sociales (Dumas, Jean E. 2002. p224-225).

Pour les besoins de cet ouvrage, nous avons choisi les définitions et les critères proposés pour le trouble oppositionnel avec provocation, car ils correspondent davantage au type de comportements présentés précédemment.

Le trouble oppositionnel avec provocation survient habituellement à l'intérieur de la famille quand l'enfant est jeune, et il se transforme en troubles de comportement plus sévères avec l'âge. Les enfants qui les vivent ont tendance à blâmer les autres pour leurs ennuis, attitude qui va en s'intensifiant. Beaucoup ont énormément de difficultés avec les adultes et les figures d'autorité (Gagnon, André. 2001. p386).

Le trouble oppositionnel avec provocation se caractérise par une panoplie de comportements d'opposition, de désobéissance, de provocation et d'hostilité envers les adultes responsables de l'enfant et les camarades. Ces comportements reflètent deux composantes majeures qui se recoupent considérablement : l'opposition et la provocation.

Opposition : l'enfant fait preuve de résistance active aux exigences et aux limites inévitablement imposées par la vie en groupe; il refuse le compromis, il refuse d'accepter la responsabilité de ses actions lorsqu'on les lui reproche ou qu'elles lui occasionnent des ennuis; et quand il se voit forcé à obéir ou limité dans ce qu'on lui permet de faire, les crises de colère et les rancunes sont souvent fréquentes et souvent prolongées.

Provocation : l'enfant a une tendance marquée à vouloir toujours tester les limites et contester les exigences imposées, et semble souvent prendre plaisir à provoquer, à ennuyer et à agacer les autres; par contre, il accepte mal d'être lui-même provoqué ou simplement taquiné, manque de tolérance à la frustration et de patience, et peut être particulièrement susceptible (Dumas, Jean E. 2002. p237).

Il va s'en dire que ces comportements ont des répercussions immédiates, parce qu'ils entraînent des confrontations fréquentes avec l'entourage et qu'ils entravent le fonctionnement social et adaptatif de l'enfant.

Définition du DSM-IV

De son côté, le DSM-IV définit les critères du trouble oppositionnel avec provocation de la manière suivante :

- A.** Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus):
- (1) se met souvent en colère
 - (2) conteste souvent ce que disent les adultes
 - (3) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou règles des adultes
 - (4) embête souvent les autres délibérément
 - (5) fait souvent porter sur autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
 - (6) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
 - (7) est souvent fâché et plein de ressentiment
 - (8) se montre souvent méchant ou vindicatif

N.B. On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

- B.** La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

- C. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur.
- D. Le trouble ne répond pas aux critères du troubles des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la personnalité antisociale.

Souvent, les sujets ne se considèrent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs mais perçoivent leurs conduites comme étant justifiées en réaction à des demandes déraisonnables ou des circonstances injustes.

Le nombre de symptômes tend à augmenter avec l'âge. Le plus souvent, les symptômes se manifestent d'abord à la maison et s'étendent, avec le temps, à d'autres environnements. Ainsi le trouble n'est pas toujours visible à l'école, en collectivité ou lors d'un examen clinique (chez un professionnel de la santé). Les comportements perturbateurs sont moins sévères que dans le trouble des conduites et n'incluent généralement pas d'agressions physiques envers les personnes ou les animaux, de destruction de biens matériels, ou de recours habituel au vol ou à l'escroquerie. Le trouble apparaît habituellement avant l'âge de 8 ans. Avant la puberté, le trouble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Après la puberté, les taux de prévalence se rapprochent. Les symptômes sont généralement similaires bien que les garçons aient davantage de comportements de confrontation. Selon les populations étudiées et les méthodes utilisées, le taux de prévalence varie de 2% à 16%.

On a montré que, pour les garçons, le trouble est plus fréquent chez ceux ayant présenté, avant l'âge scolaire, un tempérament difficile (p. ex., réactivité excessive, difficulté à se calmer) ou une hyperactivité motrice. À l'âge scolaire, on peut observer une mauvaise estime de soi, une labilité de l'humeur, une faible tolérance à la frustration, un langage grossier, et une consommation précoce d'alcool, de tabac ou de drogues illicites. L'enfant est souvent en conflit avec ses parents, ses professeurs ou ses camarades. Ce trouble est plus fréquent dans les familles où la continuité de l'éducation a été interrompue à cause de la succession de personnes différentes, ou dans lesquelles les pratiques éducatives ont été

dures, incohérentes ou négligentes. Il est plus fréquent dans les familles où existe un conflit conjugal grave et semble plus fréquent dans les familles où au moins l'un des parents a des antécédents de trouble de l'humeur, de trouble oppositionnel avec provocation, de trouble des conduites, de déficit de l'attention/hyperactivité, de personnalité antisociale ou de trouble lié à une substance (American Psychiatric Association, 1996).

Définitions en psychopathologique

Nous pourrions définir les troubles du comportement par des symptômes psychopathologiques qui mettent en cause la relation actuelle de l'enfant avec son environnement. Inévitablement, ces troubles provoquent une réaction dans l'entourage, en mettant en cause les parents ou l'école dans leur attitude éducative. Ils motivent la plupart du temps une consultation psychologique ou psychiatrique. C'est à ces professionnels de déceler les conflits psychiques sous-jacents à ces symptômes (Goëb. J.L. et coll.2003).

En regard du développement de l'enfant, la différence entre la normalité des comportements tels que l'agressivité, les colères, les mensonges, etc. d'un enfant et le fait que ces comportements deviennent des troubles réside dans la persistance au-delà d'un certain âge qui en font des signes pathologiques, marquant une absence d'évolution ou encore une régression du moi (Goëb. J.L. et coll.2003).

En d'autres termes, le trouble oppositionnel avec provocation a ses origines dans des manifestations comportementales normatives et ne s'en distingue qu'au plan quantitatif : c'est la nature extrême et prolongée des symptômes qui en soi sont normaux qui définit le trouble (Dumas, Jean E. 2002. p236).

Par ailleurs, pour Petot (2005), il s'agit d'enfants qui sont animés par un besoin irrépressible de s'opposer à tout ce qui ressemble à un ordre, à une interdiction, à un désir ou à une contrainte émanant d'autrui. Ils s'opposent, défient, provoquent toute personne qui veut leur imposer une autorité ou leur faire une demande. Souvent, ces enfants n'attendent pas qu'on leur fasse une demande pour s'opposer : ils prennent les devants et s'engagent dans des activités dont ils savent parfaitement qu'elles sont indésirables ou interdites, donnant ainsi l'impression qu'ils font exprès pour défier l'autorité, pour provoquer ou encore pour tester les limites. Ces enfants ne présentent pas de comportements gravement déviants et ne manifestent pas d'indifférence et de mépris face à autrui (Petot, D. 2005. p361).

La classification du Ministère de l'éducation du Québec

Le Ministère de l'éducation du Québec propose la définition suivante : «L'élève ayant des troubles de comportement est celle ou celui dont l'évaluation psychosociale, réalisée en collaboration par un personnel qualifié et par les personnes intéressées avec des techniques d'observation ou d'analyse systématique, révèle un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial» (MÉQ, 1992 dans Goupil, 1997). Le code de difficulté correspondant au système de classification du ministère de l'éducation est 12 (élèves à risque).

Bien qu'il m'apparaisse important de souligner la définition de cette problématique selon différents auteurs, nous choisirons celle suggérée par Thomas Achenbach pour mettre en lumière les troubles du comportement. En effet, Achenbach a divisé les troubles de comportement en deux catégories, soit les conduites d'intériorisation et d'extériorisation (Achenbach, 1978 dans MÉQ, 1992). D'ailleurs, le Ministère de l'éducation du Québec se base sur cette conception pour identifier les enfants présentant des troubles du comportement.

Les conduites d'intériorisation et d'extériorisation

Toujours selon Achenbach (1966, 1997), le terme intériorisation a été choisi afin de décrire une classe de problèmes impliquant davantage une détresse subjective pour la personne présentant la problématique. Alors que le terme extériorisation implique pour sa part les conflits sociaux ou les problèmes causés aux autres.

Les manifestations intériorisation comprennent les symptômes d'anxiété, de dépression, les plaintes somatiques et le retrait (évitement) (Achenbach, 1966, 1997). L'enfant, qui adopte un comportement de type internalisé, se fait souffrir lui-même. Son comportement se caractérise par de la crainte ou de la peur, de la timidité, de l'inhibition et de l'isolement social (Tremblay, 1991 dans Rouillard, 2000). Ce genre de comportement amène l'enfant à craindre les situations nouvelles ou celles perçues comme menaçantes. L'enfant intériorisé tend à éviter les contacts et les relations

interpersonnelles; il est plutôt retiré. Il démontre peu d'initiative, d'énergie et de motivation et est rarement spontané (Wood et coll., 1985 dans MÉQ, 1992). Ce type d'enfant passe souvent inaperçu même si ses difficultés d'adaptation sont importantes. Il développe des difficultés de communication avec l'entourage, et exprime peu ses sentiments. Il se tient davantage à l'écart, se soumet facilement aux exigences d'autrui, ne se fait pas confiance, se méfie des autres, porte trop attention à son intérieur et se plaint de malaises physiques (MÉQ, 1992).

Pour leur part, les symptômes d'extériorisation font référence globalement aux troubles de la conduite en incluant une panoplie de comportements comme l'agressivité (bataille, cruauté), des comportements délinquants (mensonge, vol, impolitesse et fugue) et de l'opposition avec provocation (argumenter, ne pas obéir, contourner les consignes) (Achenbach, 1997). Dans le trouble de comportement extériorisé, l'enfant fait souffrir les autres. Ce trouble se caractérise par des comportements extrêmement actifs et perturbateurs (Tremblay, 1991 dans Rouillard, 2000). Ces derniers se manifestent par de l'hostilité, de l'inattention ou de l'hyperactivité. L'enfant extériorisé est souvent rejeté par ses compagnons et perçoit ceux-ci comme lui étant hostile (Kauffman, 1989 dans MÉQ, 1992). L'élève présentant un comportement externalisé n'anticipe pas les conséquences de ses actes, agit souvent sans réfléchir et se maîtrise peu. Il adopte des comportements d'agression physique et verbale face à autrui, il refuse d'obéir, il enfreint les règles, il cherche à dominer, à intimider, à détruire, il ment et manifeste fortement son désaccord et il perturbe l'enseignement et l'environnement scolaire (MÉQ, 1992). C'est pourquoi il est souvent placé en classe spéciale.

CHAPITRE III
INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DE
COMPORTEMENT

Dans ce chapitre, l'auteur présentera divers modèles de traitement, puis elle s'attardera sur les stratégies proposées pour le travail auprès de Lydia.

Intervention auprès des troubles de comportement

Modèles de traitement

Suite à la présentation du trouble du comportement, il importe de se pencher sur l'intervention psychothérapeutique pouvant être faite auprès des enfants présentant ce trouble ainsi qu'auprès de leur famille. Un bon nombre d'écrits ont déjà traité de ce sujet. Cette partie s'intéressera à résumer les techniques d'intervention pouvant être employées auprès des enfants qui présentent des troubles de comportement. C'est ensuite à partir de ce corpus de données que les objectifs et les modalités de l'intervention seront élaborés et mis en application à travers le cas clinique présenté.

Les méthodes d'intervention comportementales

Les méthodes d'intervention comportementales peuvent être utilisées pour augmenter les comportements souhaitables ou faire diminuer la plupart des comportements perturbateurs. Les interventions comportementales visent à apprendre à l'enfant une nouvelle façon de se comporter en l'entraînant dans certains comportements et en l'amenant à en éviter d'autres. Le but étant de modifier les

comportements inadéquats en fournissant des occasions d'apprentissage qui favorisent l'apparition des comportements positifs et empêchent la répétition des comportements négatifs ou inadéquats. Voici quelques techniques ou méthodes d'intervention pour modifier un comportement pouvant être employées : le renforcement, l'ignorance intentionnelle, le retrait de la situation, l'économie de jetons et le contrat de comportement (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

Le renforcement a pour but d'ajouter ou de retirer un stimulus ou un événement qui suit le comportement et qui a pour effet de faire augmenter la probabilité que le comportement adéquat se reproduise. Par exemple, il peut être possible de donner de l'attention et de féliciter l'enfant lorsqu'il adopte un comportement désirable (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

L'ignorance intentionnelle consiste plutôt à ignorer les comportements négatifs posés par l'élève, c'est-à-dire d'éviter de donner de l'attention aux comportements inappropriés qui sont sans conséquence grave ou encore ayant peu de répercussion. Il ne faut pas perdre de vue que les comportements ignorés ne doivent pas avoir d'impact sur l'enfant et son environnement (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

Le retrait d'une situation est une méthode d'intervention plus punitive. En effet, voulant faire diminuer la fréquence d'apparition d'un comportement négatif, on retire l'enfant de la situation afin de lui enlever la possibilité de recevoir certains renforcements. Le retrait peut se faire de différentes façons, comme ignorer

totallement le jeune, l'obliger à se rendre dans une aire d'isolement. La durée du retrait est un des éléments importants de sa réussite. Pour être efficace, le retrait doit être plutôt bref et permettre à l'enfant de revenir en situation d'apprentissage de comportements appropriés, d'obtenir du renforcement positif et de ne pas être isolé socialement. Après tout, l'objectif de cette technique d'intervention est de retirer le jeune de toute source de renforcement et non de lui faire payer son comportement dérangeant (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

L'application de conséquences négatives consiste en ce que le comportement perturbateur soit suivi d'une conséquence diminuant la probabilité que le comportement inadéquat ne se reproduise. Pour appliquer cette technique, il importe de choisir des conséquences logiques en lien avec le mauvais comportement. Par exemple, faire des menus travaux pour l'école si l'on a brisé un objet, reprendre le temps perdu après la classe, etc. En fait, ce type de conséquences constitue une punition pour l'enfant et l'oblige à prendre la responsabilité de ses actes (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

L'économie de jetons est une méthode d'intervention systématique dans lesquels les renforçateurs sont des jetons. En fait, les jetons sont utilisés et remis à l'enfant lorsqu'il adopte un comportement que l'on juge adéquat et à l'inverse, les jetons sont retirés lorsque l'enfant enfreint une consigne. Dans ce système, l'enfant a la possibilité d'échanger ses jetons contre des activités, des cadeaux considérés comme des récompenses. La liste des récompenses peut être faite avec la participation de

l'enfant et ensuite, le nombre de jetons à déboursier pour obtenir l'activité ou le cadeau est déterminé (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

Le contrat de comportement consiste en une entente entre l'adulte et l'enfant. Il s'agit d'un document spécifiant les conséquences associées à certains comportements perturbateurs. Ce document est signé par toutes les personnes impliquées afin d'attester qu'elles sont en accord avec les termes du contrat. Il est important d'y inclure les parties suivantes : définir le ou les comportements positifs à adopter, préciser les renforcements associés aux comportements à adopter; déterminer les critères précis qui permettront de juger si l'enfant a atteint ou non les objectifs et s'il mérite une récompense et à quel moment; déterminer, au besoin, les pénalités que l'enfant peut obtenir s'il adopte un comportement perturbateur grave; rencontrer le jeune et sa famille et discuter avec eux; des termes du contrat et en négocier les termes avec eux, convenir avec l'enfant des modalités du contrat; consigner le document par écrit et procéder à la signature par toutes les personnes liées au contrat (Couture et Nadeau dans Massé et coll. 2006).

Les méthodes d'intervention cognitivo-comportementale

L'intervention cognitivo-comportementale vise à diminuer la fréquence des comportements dérangeants des enfants en corrigeant leurs déficits sociocognitifs, en augmentant le contrôle que les jeunes exercent sur leurs propres comportements, notamment lors de la résolution de problèmes ou de la gestion des émotions, comme la colère, l'impulsivité, et en renforçant des comportements prosociaux (Massé,

2006). Les techniques suivantes sont présentées : l'autocontrôle, la restructuration cognitive, la résolution de problème et l'entraînement à la maîtrise de la colère.

L'autocontrôle est une technique qui consiste à ce qu'un individu arrive à gérer ses propres comportements de façon à atteindre certains buts. Karoly (dans Massé, 2006) définit cette technique comme un ensemble de procédés cognitifs et instrumentaux qui incitent une personne à choisir, consciemment, d'adopter des comportements plus adaptés et d'inhiber des comportements négatifs. Cependant, pour se faire, il importe que la personne soit capable de reconnaître les règles sur lesquelles baser ses choix, qu'elle soit consciente de sa responsabilité personnelle et des conséquences de ses réactions et aussi qu'elle ait le désir de modifier ses comportements. Fait à noter, l'autocontrôle permet de faire durer l'intervention auprès des jeunes (Massé, 2006).

Rapidement, la restructuration cognitive vise à amener le jeune à reconnaître les distorsions cognitives et leur effet négatif sur sa façon de réagir dans certaines situations. Ensuite, l'intervenant doit aider le jeune à substituer aux distorsions des pensées plus réalistes et mieux adaptées à la situation (Massé, 2006).

La technique de résolution de problèmes a pour but d'entraîner les jeunes à utiliser des stratégies plus efficaces pour résoudre les difficultés rencontrées. Cette méthode porte davantage sur la façon de traiter les problèmes que sur les différents comportements qui en résultent. Le rôle de l'intervenant est d'apprendre au jeune les étapes suivantes de la résolution d'un problème, soit : cerner le problème à résoudre,

s'arrêter et penser avant d'agir, chercher des solutions convenables, évaluer les solutions, choisir une solution et l'appliquer et pour terminer, évaluer les résultats (Massé, 2006).

L'entraînement à la maîtrise de la colère favorise une expression convenable et légitime de la colère et non de la supprimer complètement. Dans cette technique, l'intervenant amène le jeune à prendre conscience de ses schémas agressifs, des événements déclencheurs, des facteurs qui affectent sa perception de la situation, des pensées automatiques qui font augmenter sa colère, de ses propres réactions et des conséquences qui en découlent pour lui et son environnement. Ensuite, le travail de l'intervenant consiste à aider le jeune à trouver des moyens pour se calmer et diminuer les tensions liées à la colère. On suggère les moyens suivants : la respiration profonde, le décompte fait à l'envers, l'exercice physique intense, l'expression physique de sa colère en privé (par exemple, coup de poing dans un oreiller), l'imagerie positive. Le jeune apprend aussi dans cette méthode comment il peut arriver à exprimer sa colère de façon constructive, soit en nommant le sentiment vécu et en déterminant les comportements que ce sentiment le force à adopter et les conséquences qui en découlent pour lui (Massé, 2006).

L'acquisition et le développement des habiletés sociales

Cette technique et les programmes mis en place afin d'aider l'enfant et sa famille à acquérir des habiletés sociales devraient contenir les cinq niveaux de développement suivants : habiletés liées à la communication, habiletés à la gestion des émotions, engagement dans des tâches de collaboration et de coopération, solutions alternatives

à l'agressivité dans les situations conflictuelles et affirmation de soi et gestion de la pression de la part de l'entourage (Massé et coll. 2006).

Les programmes de compétences éducatives parentales

Il s'agit de programmes où l'on apprend aux parents quelles sont les interventions les plus susceptibles de favoriser une relation positive avec l'enfant. Ces programmes conseillent aux parents de limiter les interventions trop coercitives, de donner davantage d'encouragements, de rendre leurs pratiques éducatives le plus constantes et le plus cohérentes possible, ainsi que de donner un encadrement positif à l'enfant à la maison (Royer, 2000 dans Massé, 2006).

Un des programmes existant est le programme triple P qui consiste en : un programme d'apprentissage de compétences parentales de renommée internationale qui vise à promouvoir des rapports chaleureux et positifs entre les parents et leurs enfants et à aider les parents à apprendre des stratégies de gestion efficaces pour remédier à divers problèmes de développement et de comportement pendant la jeune enfance. Le programme Triple P propose aux parents des routines simples et des petits changements qui auront des effets positifs importants sur la famille. Il aide les parents à mieux comprendre le fonctionnement de leur famille et à apprendre de nouvelles façons d'intervenir et d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments. L'enseignement des compétences parentales positives comprend les éléments suivants :

- Assurer un milieu sûr et stimulant
- Encourager les comportements positifs
- Créer un environnement d'apprentissage positif
- Établir des attentes réalistes
- Prendre soin de soi-même en tant que parent

Les recherches montrent que ce sont les pratiques parentales positives qui contribuent le plus à l'établissement de bases

solides dans la vie d'un enfant. La démarche du programme Triple P consiste à améliorer les connaissances et les compétences des parents afin de mieux répondre aux besoins de leurs enfants, à accroître la confiance des parents en leurs habiletés parentales et à réduire le stress lié au rôle de parent (Sanders, 2004).

Perspective d'intervention de Bloomquist (1996)

S'inspirant des méthodes d'intervention présentées précédemment et suite à de multiples travaux portant sur les troubles de comportement, l'approche suivante est proposée afin de guider l'intervention auprès de cette clientèle. Ce modèle s'adresse autant aux parents qu'à l'enfant lui-même. Voici un aperçu des techniques employées auprès des parents et des enfants.

Auprès des parents.

Selon une approche plus cognitive, une piste d'intervention pourrait être d'examiner et de changer les pensées erronées des parents. Ce sont en fait des pensées qui viennent interférer chez le parent et qui l'empêchent d'être complètement efficace dans ses interventions. Afin de les modifier, il est nécessaire dans un premier temps de les identifier, d'en comprendre leur nature et de les remplacer par d'autres pensées.

D'un autre point de vue, les parents doivent être amenés à s'impliquer davantage auprès de l'enfant et à adopter la technique du renforcement positif. En effet, il semble que les parents qui expriment de l'affection et fournissent de l'encadrement génèrent des enfants se comportant bien. Il s'agit pour le parent de passer davantage

de temps de qualité avec l'enfant où le parent pourra récompenser les bons comportements et ignorer davantage les comportements négatifs.

Une autre piste d'intervention pourrait être d'amener la famille à développer des habiletés de communication, de résolution de problème et de gestion des conflits. Pour ce faire, il s'agit de sensibiliser les membres de la famille à reconnaître et comprendre les façons problématiques de communiquer et de les remplacer par de meilleures façons de communiquer et d'interagir ensemble.

Auprès de l'enfant.

Les relations sociales sont affectées chez les enfants en trouble du comportement. Il est donc essentiel d'intervenir auprès de l'enfant afin de voir avec lui les comportements socialement acceptables. Ensuite, il faut enseigner à l'enfant des comportements sociaux adéquats par explication, jeu de rôle, apprentissage par modèle. Il importe de guider et de renforcer l'enfant lorsqu'il exécute ses apprentissages dans une situation de la vie courante.

Une autre compétence à développer afin d'aider l'enfant à adopter un meilleur comportement est de lui apprendre à gérer son agressivité. Pour ce faire, il faut explorer les moments ou les situations dans lesquelles l'enfant se met en colère et par la suite, amener l'enfant à reconnaître les signaux de colère dans son corps, ses pensées et ses actions. Enfin, l'enfant doit aussi apprendre à relaxer, à se parler lui-même, à se contrôler et à utiliser une stratégie de résolution de problème afin d'exprimer positivement sa colère. Il s'agit donc de favoriser chez l'enfant

l'expression de ce qu'il ressent, car il n'est pas rare de constater des problèmes émotionnels chez les enfants en trouble du comportement. Un moyen utilisé pour favoriser l'expression du vécu affectif est de donner accès au vocabulaire émotif en discutant des sentiments face aux événements quotidiens.

Pour sa part, l'estime de soi de l'enfant peut être améliorée par l'entremise de feedback positif, d'approbation, d'implication dans sa vie, d'interaction familiale saine, d'acceptation de ses limites, de ses échecs, de ses erreurs ainsi que de ses succès.

Perspective d'intervention de Smith (2005)

Smith (2005) va dans le même sens que ses prédécesseurs sur le sujet et propose que l'enfant ou l'adolescent présentant un trouble de comportement devrait prendre du temps de réflexion, identifier ce qui cause l'anxiété, exprimer ses émotions au lieu de les agir, trouver et utiliser une façon de se calmer, s'impliquer dans des tâches et des activités qui améliorent l'énergie et la santé, apprendre à communiquer, apprendre les habiletés sociales, etc.

Études sur l'efficacité des traitements

Dans la documentation recueillie, il semble que plus l'intervention se fait précocement, meilleur s'en trouvera le pronostic. Des recherches ont porté sur l'efficacité des traitements appropriés pour les troubles de comportement. Il apparaît

que les résultats sont formels et vont tous dans le sens à l'effet que le modèle de traitement le plus efficace est sans contredit un modèle multimodal et multi-systémique. Ces types de modèle implique l'utilisation d'une variété d'interventions, incluant la médication, la thérapie, les interventions en milieu scolaire et l'entraînement des parents (CESA 11, 2005).

Selon l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1999), le traitement des enfants présentant des troubles du comportement de nature externalisée peut inclure : un programme d'entraînement aux parents afin de les aider à gérer les comportements de l'enfant, une thérapie familiale dans le but d'améliorer la communication, une psychothérapie individuelle avec l'enfant pour amener un contrôle de l'agressivité, une thérapie cognitive comportementale pour aider l'enfant à développer une manière de résoudre les problèmes et, toujours avec l'enfant, un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour accroître la flexibilité ainsi que la tolérance à la frustration dans les relations avec autrui.

Pour sa part, The Australian Psychological Society Ltd (2002) prétend que le plus grand défi dans le traitement des troubles du comportement est de percer l'attitude de méfiance présente chez ces jeunes envers autrui et davantage envers les figures d'autorité. The Australian Psychological Society Ltd (2002) ajoute qu'il peut prendre un certain temps avant d'identifier et de comprendre l'ensemble des facteurs contribuant aux comportements de l'enfant et de prendre les actions appropriées. Elle suggère des méthodes d'intervention relativement semblables à celles l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.

Tynan (2005) rappelle que les troubles de comportements sont souvent accompagnés de troubles déficitaires de l'attention et de difficultés d'apprentissage. Dans ces cas de comorbidité, il lui apparaît essentiel d'administrer un traitement pharmacologique. Par ailleurs, il croit que l'entraînement des parents à la gestion des comportements est fortement recommandable chez les familles ayant un enfant présentant des comportements dérangeants, car un mode d'interaction négatif règne souvent au sein de ces familles. Ce programme d'entraînement conçu pour les parents vise à encourager le parent à modifier son propre comportement dans le but d'altérer le comportement de l'enfant à la maison. Toujours selon Tynan (2005), ce programme encourage les parents à porter attention aux bons comportements ainsi qu'à ne pas user de méthodes punitives abusives. Le but spécifique de l'intervention est d'arriver à modifier l'interaction entre le parent et l'enfant. Les parents apprennent à identifier les comportements adéquats ainsi qu'à les renforcer positivement. Ils sont entraînés aussi à mettre en place des règles de discipline adéquate avec des conséquences appropriées lors d'apparition de mauvais comportements.

Les recherches ont démontré que l'entraînement des parents, pour développer des habiletés parentales en leur enseignant des techniques spécifiques, est plus efficace que les thérapies familiales (Smith J.F, 2005). Cela est d'ailleurs confirmé dans Kane, A. (2005) qui révèle qu'une étude menée en 1998 afin d'évaluer l'efficacité des traitements de l'approche ciblant l'entraînement parental avait les effets les plus bénéfiques. Il ajoute aussi que ce serait le meilleur traitement disponible à ce jour.

Smith (2005) souligne que l'entraînement des parents à gérer les comportements enseigne des techniques efficaces pour faire face aux conduites du jeune. De plus, il mentionne que les recherches prouvent que ce type d'intervention est plus efficace que la thérapie familiale.

Feldman, J et Kazdin, A. (1995) vont eux aussi dans ce sens. En effet, ils soulèvent que la technique d'entraînement des parents à la gestion des comportements dérangeants chez leur enfant est efficace de par la diminution des symptômes d'opposition, d'agressivité et de comportements antisociaux. Le travail fait auprès des parents serait plus efficace que toute autre forme de traitement (renforcement positif, thérapie par le jeu, thérapie familiale, développement des habiletés sociales, etc.). De plus, toujours selon ces auteurs, avec ce type d'intervention visant les parents les résultats positifs perdurent encore trois ans après la fin du traitement. Les auteurs tiennent à souligner que cette technique a été très documentée et supportée dans le traitement des troubles de comportement.

Tynan (2005) mentionne que plusieurs études sur l'entraînement des parents à la gestion des comportements de l'enfant démontrent une amélioration des années après la fin du traitement. Il souligne aussi que les effets du traitement sont plus grands dans les cas où l'enfant est plus jeune. Toutefois, il spécifie qu'il peut y avoir des obstacles au traitement. En effet, cela requiert la coopération et l'effort des parents si l'on souhaite que l'intervention soit un succès. De plus, les problèmes psychiatriques chez l'un des parents, le manque de ressources personnelles et/ou

l'abus de substances peuvent affecter les habiletés parentales et rendre le travail thérapeutique difficile.

Voici maintenant, en lien avec les méthodes proposées dans la littérature, les stratégies utilisées avec Lydia.

Objectifs et stratégies d'interventions

Au cours de l'entrevue d'accueil, l'évaluatrice a demandé aux parents et à la cliente quelles étaient leurs attentes face à la consultation. Les parents affirment vouloir comprendre la nature des crises de colère de Lydia et s'outiller pour intervenir adéquatement auprès d'elle. Notons que l'objectif ultime est l'arrêt complet des crises faites par l'enfant.

Suite à l'évaluation et après une discussion avec notre superviseur nous avons établi les objectifs thérapeutiques suivants : 1) diminution à arrêt complet des crises de colère; 2) modification de la perception que Lydia se fait de l'autorité; 3) expression des émotions et du vécu affectif; 4) verbalisation par Lydia des tensions (familiales, scolaires ou autres) qui influencent ses comportements; 5) modification de la perception que Lydia a d'elle-même.

Les stratégies utilisées pour répondre à ces objectifs vont dans le sens de la recension des écrits sur l'intervention portant sur les troubles du comportement. Ainsi, ce

corpus de données a permis d'inspirer cet ouvrage, mais aussi d'orienter l'intervention avec cette cliente et sa famille.

Des techniques comportementales de renforcement (positif et négatif) seront utilisées pour atteindre le premier objectif. Un travail de restructuration cognitive permettra de répondre aux deuxième et cinquième objectifs.

Enfin, les troisième et quatrième objectifs seront atteints par une psychothérapie dynamique ayant pour but de dénouer les conflits psychiques qui amènent Lydia à adopter des comportements inadéquats. Il me semble que ces comportements dérangeants pourraient réapparaître si la source (le stress, le conflit psychique) inhérente n'est pas traitée et si l'enfant n'a pas développé un mécanisme d'adaptation pour faire face à ce type de situation.

Par ailleurs, un travail sera fait simultanément auprès des parents dont le but est de les amener à se mobiliser et à participer au processus de changement.

Bilan des interventions

Première rencontre (17 mars 2004)

Une partie de la rencontre se fait en présence de Lydia et sa mère (afin d'établir une alliance thérapeutique aussi bien avec la fille qu'avec la mère) et le reste se déroulera seulement avec la cliente. Lydia parle peu d'elle au cours de la rencontre. Nous

nous assurons qu'elle comprenne la raison de sa venue en thérapie et ce qu'elle peut faire durant les rencontres. Elle dit avoir fait deux crises durant la semaine, comme à son habitude, toujours en absence de la mère. Nous constatons à nouveau que seule la mère peut faire foi d'autorité ou de réconfort.

Deuxième rencontre (26 mars 2004)

Lydia se présente heureuse de nous apprendre qu'aucune crise n'est survenue durant la semaine. Elle aborde les thèmes du respect des autres et de la responsabilité de ses actes. Il est observé que le jeune fille sait faire preuve d'introspection et qu'il nous sera possible d'utiliser différentes techniques d'intervention comme la restructuration cognitive et la résolution de problèmes. Courte rencontre avec le père et sa fille pour faire un retour sur la semaine, rencontre où monsieur confirme que cette dernière a adopté un bon comportement.

Troisième rencontre (1^{er} avril 2004)

La rencontre se déroule en présence de la mère afin de faire un bilan des rencontres avec l'enfant et aussi d'apporter un soutien aux parents dans leur rôle. Les thèmes abordés touchent les comportements difficiles de Lydia et pour la première fois, elle aura osé tenir tête à sa mère, c'est-à-dire qu'elle a aussi confronté madame au lieu de se clamer en sa présence. Nous intervenons auprès de Lydia en questionnant ses émotions et ses pensées quand elle adopte ce type de comportement. On découvre que la cliente est heureuse seulement quand c'est elle qui décide. Elle doit gagner ce qu'elle veut peu importe son interlocuteur. L'objectif principal est donc d'apprendre à Lydia à accepter la frustration. Nous recommandons aussi à la mère, en présence

de l'enfant, d'être plus stricte et constante dans l'application des règles de discipline afin que la jeune se sente encadrée et comprenne que ses parents ont foi d'autorité et doivent prendre certaines décisions. De plus, nous voyons l'intervention en restructuration cognitive à faire sur l'importance de décider pour la jeune, d'avoir le dessus sur l'adulte.

Quatrième rencontre (8 avril 2004)

La relation entre l'enfant et nous se consolide de plus en plus. Elle parle un peu plus de ce qui l'entoure sans ouvrir sur son vécu affectif. Lydia reproche à sa sœur ses comportements désagréables à son endroit sans pour autant savoir ce que cela lui fait vivre. Nous remarquons qu'il demeure difficile pour la jeune d'identifier les émotions et de les exprimer. À la fin de la séance, une courte discussion a lieu avec les parents dans le but de faire un bilan du suivi et de favoriser leur implication dans le processus thérapeutique. Ils nous informent aussi qu'une seule crise est survenue et cela se serait produit pendant la période des devoirs, soit en présence du père. Il faut se rappeler que monsieur a toujours eu de la difficulté à appliquer une discipline constante, cohérente auprès de la jeune fille.

Cinquième rencontre (15 avril 2004)

Cette rencontre se divise en deux parties, à la demande des parents qui souhaitent dans un premier temps s'entretenir seuls avec nous dans le but de discuter ouvertement des difficultés de l'enfant et d'obtenir du soutien dans leur rôle. Nous nous retrouvons en présence de deux parents dépassés par la situation. Une crise est survenue à l'école en avant-midi. Lydia était complètement en perte de contrôle;

cris, lance des objets et menace de mitrailler l'école le lendemain. Les intervenants n'avaient plus aucun recours. Elle est donc suspendue. Madame informe aussi que le climat familial est difficile et très tendu. Il semble que les relations dans la fratrie sont difficiles et une crise entre sa sœur Mélina et les autres membres de la fratrie a éclaté. Mélina aurait écrit une lettre de bêtises à Lydia, mais les parents l'auraient interceptée avant qu'elle n'en prenne connaissance. Cependant, ils sont dépassés par ce qui est dit dans cette lettre. Ils avouent consulter un travailleur social avec Mélina afin d'aider l'adolescente à développer des compétences sociales. Pouvons-nous expliquer l'épisode de crise par les tensions au sein de la famille?

Lors de la rencontre avec Lydia, celle-ci est gênée. Elle ne veut pas revenir sur les événements survenus en matinée. Elle avoue avoir vraiment eu de la difficulté à se contrôler cette semaine. Elle ajoute qu'elle sent la colère montée en elle et mentionne que c'est plus fort qu'elle, soit qu'elle éprouve de la difficulté à la contrôler. Pour intervenir à ce niveau, nous utiliserons des techniques de résolution de problèmes et d'entraînement à la maîtrise de la colère. Elle aborde rapidement la relation conflictuelle avec sa sœur en s'avouant peinée de la situation, mais n'élabore pas davantage malgré nos encouragements. Nous constatons qu'il est toujours difficile pour Lydia d'exprimer son vécu affectif (les émotions liées aux situations) et qu'une intervention est à faire à ce niveau

Sixième rencontre (23 avril 2004)

Rencontre conjointe de Lydia avec sa mère pour favoriser l'implication des parents dans la psychothérapie. Nous abordons les conséquences possibles des crises qu'elle

fait à court et à long terme. Nous revenons avec Lydia sur cet incessant besoin de gagner sur les autres, de tenir tête. Ce à quoi elle acquiesce avec un sourire. Nous tentons de voir avec elle ce que lui apportent les crises étant donné qu'il y a toujours une conséquence négative. Elle avoue en être consciente, mais revient avec l'idée que c'est en elle, que cela fait partie de son caractère. Nous rappelons qu'un des objectifs thérapeutiques est d'apprendre à Lydia à se contrôler, à bien gérer ses émotions.

Septième rencontre (29 avril 2004)

Lydia est de plus en plus loquace. Elle s'avoue fière de son comportement de la semaine. Elle admet ressentir que ses parents en ont assez et que cela l'a fait réfléchir. Elle nous raconte un peu le déroulement d'une rencontre de famille où les parents ont décidé de mettre les cartes sur table et de proposer différentes options aux enfants. Il fut choisi que chacun devait y mettre du sien si l'on voulait que la famille passe au travers de la crise actuelle. Lydia avoue que cela l'a fait réfléchir et qu'elle a peur de ce qui pourrait arriver sans toutefois vouloir nous en parler davantage. Nous encourageons Lydia à dire comment elle se sent, mais elle n'élabore pas. Nous renforçons positivement ses efforts quant à son comportement de la semaine.

Huitième rencontre (7 mai 2004)

Début de rencontre avec la mère et la fille afin de faire un retour sur les dernières semaines à l'école, à la maison. De plus, des recommandations sont faites aux parents. Madame affirme que les choses se sont généralement bien déroulées cette

semaine outre une crise au moment des devoirs. Une conséquence fut mise en place instantanément. Nous encourageons madame à maintenir la discipline.

Rencontre avec Lydia. Nous explorons à nouveau son besoin de gagner dans tout ce qu'elle fait afin de faire ressortir ses idées, ses perceptions, ses émotions sur l'importance d'avoir le dessus sur l'autorité. L'accès à cette information pourrait permettre de modifier certaines perceptions chez Lydia, telles que sa perception de l'autorité, son estime d'elle-même et atteindre un de nos objectifs par le biais de la restructuration cognitive.

Neuvième rencontre (21 mai 2004)

Rencontre avec Lydia. Elle aborde le fait qu'elle arrive de plus en plus à contrôler sa colère. Elle nous informe aussi que les crises sont beaucoup moins fréquentes. En partant d'un bricolage, elle créera un personnage qu'elle nommera la reine des crises. Elle verbalisera que le personnage n'aime pas se voir attribuer ce titre. Nous lui reflétons les ressemblances avec sa situation, mais elle demeure silencieuse. À ce stade, nous constatons que le jeune souffre réellement de sa situation, se dévalorise énormément et a une très faible estime d'elle-même.

Dixième rencontre (25 mai 2004)

Rencontre avec Lydia. Elle parle du voyage qu'elle vient de faire dans son ancienne ville. Elle éprouve toujours de la difficulté à parler de son vécu, surtout lorsque cela est en lien avec son monde affectif. Le père nous informe que Lydia a toujours de la difficulté à écouter, à se conformer aux règles établies. Nous rappelons à monsieur

l'importance de poursuivre une discipline constante, ferme et cohérente avec des règles claires.

Onzième rencontre (8 juin 2004)

La rencontre a lieu en présence du père de Lydia afin de discuter des comportements de l'enfant au cours de la semaine et des recommandations sont faites à monsieur afin qu'il intervienne différemment avec l'enfant, soit qu'il intègre des règlements précis et qu'il demeure constant et ferme dans ses interventions. Monsieur informe que la relation entre les deux sœurs est très tendue, voire conflictuelle. Il fait part aussi qu'il souhaite notre présence à la discussion du plan d'intervention au sujet de sa fille et qui aura lieu le lendemain à l'école. Nous recommandons à monsieur un suivi familial avec une travailleuse sociale afin d'aider les parents dans leur rôle et de permettre à la famille d'avoir un lieu pour discuter des tensions vécues sur le plan familial, d'apprendre la technique de résolution de problèmes et de développer des habiletés à communiquer. Il pensera à cette proposition. Ensuite, nous présentons à monsieur et à sa fille un tableau de renforcement du comportement. Il s'agit d'un tableau, d'une feuille de route, où l'on consigne par écrit les bons comportements, les comportements acceptables et les comportements perturbateurs de l'enfant. L'objectif étant que l'enfant adopte davantage de bons comportements. Ce système permet de renforcer positivement, par le biais de récompenses, les bonnes journées de l'enfant (aucune crise). Au fil du temps, l'enfant conscientise qu'il peut s'avérer positif de faire des efforts et d'adopter de bons comportements. Au début, l'objectif à atteindre pour obtenir une récompense est déterminé en fonction des capacités de l'enfant. Une fois le premier objectif atteint, l'objectif est revu et modifié. Ce qui

fait en sorte que l'exigence est plus grande pour mener à l'obtention de la récompense. Voir l'exemple de feuille de route joint à l'appendice B.

Cela est suivi d'une courte rencontre seule avec la cliente. Elle garde le silence, refusant de discuter de la situation actuelle (familiale et scolaire). Suite à une réflexion sur ce silence, nous retenons l'hypothèse qu'il soit possible que la jeune soit dérangée par la présence ponctuelle des parents lors de nos rencontres et que cela vient ternir sa relation de confiance avec nous.

Plan d'intervention individualisé à l'École (9 juin 2004)

Étaient présents à la rencontre: la directrice, la psychologue de l'école, la psycho-éducatrice, deux enseignantes et nous-même.

L'intensité et la fréquence des crises faites par Lydia se sont considérablement accrues cette année. On admet en être rendu à l'expulsion lorsque la crise devient très intense. Dans ces moments, on signale avoir remarqué que le visage de l'enfant change littéralement et qu'elle ne semble plus être là. On supposait une perte possible de contact avec la réalité. Les comportements de Lydia sont tellement difficiles que l'école ne sait plus comment intervenir. Les résultats escomptés tardent à apparaître. On note que Lydia s'est vue attribuée le code 12 selon la cotation du ministère de l'éducation en raison de ses troubles graves de comportement. Auparavant, elle était classée pour ses difficultés d'apprentissage. On parle de la placer en classe de trouble de comportement. On souligne aussi qu'au niveau social, plusieurs élèves ont peur de Lydia lorsqu'elle fait ses crises et que cela

teinte ses relations amicales. D'un autre côté, on croit qu'une orientation vers une classe dite pour enfants présentant des troubles de comportement pourrait constituer une atteinte au niveau de son estime de soi. Par ailleurs, l'orientation en classe spécialisée pour les troubles du comportement pourrait aussi être bénéfique pour la jeune fille. Son estime d'elle-même pourrait augmenter, Lydia n'étant plus confrontée au jugement négatif des pairs. Elle pourrait aussi avoir la possibilité d'y vivre des réussites et se valoriser. Mentionnons que Lydia a changé d'enseignante à trois reprises durant cette année scolaire. On suppose que le manque de stabilité a pu avoir un effet sur ses comportements ainsi que sur la discipline de chacune des institutrices.

Malgré les difficultés de Lydia, nous ne sommes pas d'avis que ce serait bénéfique pour elle de se retrouver en classe dite pour enfants présentant des troubles de comportement parce qu'elle pourrait être influencée de suivre les autres dans leur comportements inadéquats et ainsi cela ne ferait qu'empirer sa situation.

Nous soulignons que Lydia a besoin d'un cadre fixe, stable et rigoureux, définissant clairement la figure d'autorité. Il apparaît essentiel que le suivi psychothérapeutique se poursuive simultanément à une rééducation en orthopédagogie pour intervenir au niveau des difficultés d'apprentissage. Nous nous entendons pour suggérer aux parents un suivi familial afin de dénouer les sources de conflits qui règnent au sein de cette famille. Une collaboration étroite entre l'école, les parents et nous-même doit s'établir afin de travailler les mêmes objectifs de traitement pour cette cliente.

Douzième rencontre (18 juin 2004)

Une rencontre conjointe mère-fille a lieu afin d'assurer l'implication parentale au processus thérapeutique. Nous profiterons de cette rencontre pour rappeler la nécessité de l'implication de chacun pour qu'un changement s'opère. Nous rappelons l'importance de bien utiliser les tableaux de renforcement du comportement mis en place il y a quelques rencontres. Nous insistons sur l'importance d'appliquer correctement le système de discipline sur lequel la famille s'est entendue. De plus, nous procédons à la signature d'un contrat de comportement avec la jeune fille et sa mère, contrat joint en appendice C. Nous nous rappelons que le contrat de comportement, tel que présenté dans le corpus de données, consiste en une entente entre l'enfant et les parties impliquées, ici, les parents et l'intervenante spécifiant les renforçateurs pour l'adoption de comportements adéquats et les conséquences liées aux mauvais comportements. En élaborant ce contrat de comportement, un système d'économie de jetons a aussi été mis sur pied par l'intervenante dans le but de renforcer les bons comportements de l'enfant et de la récompenser par une activité spéciale quand le nombre de jetons accumulés le permet. Les détails de cette technique sont inscrits au contrat de comportement que l'on retrouve à l'appendice C. Nous renforçons positivement le travail fait à ce jour et nous les encourageons à poursuivre leurs efforts dans ce sens. La mère souligne qu'un suivi familial vient d'être amorcé avec un psychologue en pratique privé.

Treizième rencontre (30 juin 2004)

Rencontre avec Lydia. Elle se présente avec son tableau de comportement (feuille de route), fière d'avoir atteint les objectifs fixés pour la semaine. Elle nous informe

aussi que lors de l'apparition de comportements inappropriés les conséquences furent appliquées. Tout ceci sera confirmé par la mère lors d'une courte discussion de retour sur la semaine. Elle ajoutera aussi que Lydia a tendance à faire le bébé depuis qu'une jeune cousine est en visite à la maison. Madame aborde aussi le fait que son conjoint éprouve de la difficulté à bien tenir compte de la feuille de route et à mettre en place les règles de discipline recommandées. Nous encourageons les parents à poursuivre leurs bons efforts.

Quatorzième rencontre (9 juillet 2004)

Rencontre avec Lydia. Elle nous informe que les comportements s'améliorent et que le nombre de crise diminue considérablement. Nous renforçons positivement ses bons comportements. Elle ajoute qu'elle se sent fière d'elle. Cependant, elle verbalise être consciente qu'elle souhaite toujours gagner face à l'autorité, qu'elle désire avoir le dessus sur l'autre. L'objectif pour les prochaines rencontres est de travailler avec Lydia sur la perception qu'elle a de l'autorité à l'aide de la technique de la restructuration cognitive.

Quinzième rencontre (16 juillet 2004)

Rencontre avec Lydia et sa mère qui souhaite nous voir en présence de l'enfant. Madame nous informe qu'elle a pris la décision de faire étudier Lydia pendant l'été afin qu'elle récupère un peu de son retard académique. Cependant, elle déplore l'attitude de sa fille qui réclame un soutien constant dans les travaux scolaires prétextant qu'elle ne comprend pas les consignes. Elle se demande, toujours devant l'enfant, la pertinence, pour son conjoint et elle, de faire des efforts afin d'éviter la

classe dite pour enfants présentant des troubles du comportement alors qu'elle doute de la motivation de sa fille. Lydia reste muette devant ce dévoilement et demeurera peu loquace sur ce sujet. Nous interprétons à madame son impatience à voir s'opérer les changements chez sa fille. Nous conservons toujours notre hypothèse que la présence de la mère à une partie de la rencontre vient teinter l'alliance thérapeutique établie entre la jeune et nous. Devons-nous songer à intervenir à ce niveau?

Seizième rencontre (20 juillet 2004)

Rencontre avec Lydia. La jeune fille aborde avoir des difficultés dans les travaux académiques. Nous la questionnons sur son attitude face aux tâches scolaires. Elle verbalise qu'elle n'aime pas travailler ni écrire. Elle mentionne qu'elle n'a pas une belle écriture. Nous lui reflétons la dévalorisation dont elle vient de nous faire part. Nous explorons avec elle ses capacités et son potentiel afin qu'elle reconnaisse ses forces. Je souligne par la suite l'interruption des rencontres pour un mois en raison des vacances estivales (les nôtres et celles de ses parents). Nous discutons des vacances, elle s'avoue déçue de notre départ. Il est certain que la jeune fille a eu bien peu de temps pour se préparer à cette longue séparation. Cela nous laisse croire que la situation a pu se vivre difficilement pour elle.

Dix-septième rencontre (27 août 2004)

Rencontre en présence de la mère et de la fille dans le but de faire un bilan du dernier mois et de poursuivre le processus thérapeutique amorcé avec l'enfant et ses parents avant les vacances estivales. Lydia a fait tous les travaux demandés et a bien travaillé. Madame nous souligne que le comportement de sa fille a été exemplaire

durant le dernier mois. Lydia est fière d'elle. Nous renforçons positivement son bon travail et ses comportements.

Cette rencontre a été suivie d'une longue pause en raison de l'emploi du temps des parents et de la frénésie de la rentrée scolaire.

Dix-huitième rencontre (17 septembre 2004)

Brève discussion avec le père et Lydia afin de faire un retour sur les dernières semaines. Monsieur nous informe que sa fille adopte de bons comportements et la rentrée scolaire s'est déroulée convenablement comparativement aux années précédentes (crises plus importantes, difficultés dès la rentrée, etc.). Nous renforçons positivement ses bons comportements des dernières semaines. Une rencontre aura lieu entre le professeur, les parents et Lydia pour établir les limites à l'intérieur desquelles Lydia peut évoluer. Cela est suivi d'une psychothérapie par le jeu avec Lydia. Elle met en scène des combats à l'épée. Elle frappe fort et semble agressive. Nous interprétons à la jeune qu'elle semble en colère. Ce qu'elle se permet d'exprimer face à certaines situations comme la relation conflictuelle avec sa sœur.

Dix-neuvième rencontre (24 septembre 2004)

Dans un premier temps, la rencontre se déroule en présence des parents et de l'enfant afin de les impliquer davantage dans la psychothérapie, de les encadrer, les soutenir dans leur rôle et aussi de faire quelques recommandations. Ces derniers rapportent que Lydia ne présente pas de problème de comportement depuis la rentrée scolaire. Son comportement est exemplaire à tout moment. Par ailleurs, Lydia refuse de

travailler lors de la période de devoirs. La mère se questionne à nouveau sur la pertinence de revendiquer la poursuite de la scolarité de sa fille en classe régulière si cette dernière n'est pas davantage motivée à fournir les efforts que l'on attend d'elle. Nous intervenons à ce niveau en rappelant aux parents que Lydia a fait des progrès. Nous soulignons que les crises se sont résorbées en grande partie, mais qu'il faut laisser le temps à la jeune fille de consolider ses acquis. Nous encourageons les parents à maintenir les tableaux de renforcement et les règles de discipline mis en place à la maison. Nous envisageons avec eux les possibilités d'avoir recours à un service d'aide aux devoirs afin d'alléger cette tâche qui demeure pénible à la maison et qui devient souvent une source de conflit.

Il s'en suit une rencontre seule avec Lydia. Nous l'interrogeons sur son attitude face à l'école. Elle avoue ne pas aimer beaucoup l'école. Elle se dévalorise au sujet de ses difficultés scolaires. Nous l'encourageons à exprimer ses émotions à ce niveau. Ensuite, nous élaborons une liste de ses qualités, des choses qu'elle aime et qu'elle réussit bien afin qu'elle puisse prendre conscience de ses forces. Elle mentionne aussi qu'elle trouve ça difficile d'entendre parler ses parents de la sorte. Elle s'avoue prête à fournir des efforts pour améliorer son attitude et son comportement.

Vingtième rencontre (8 octobre 2004)

Une courte discussion avec Lydia et sa mère a lieu dans le but de faire un suivi sur ce qui se passe à la maison. On nous souligne que dans l'ensemble les comportements de l'enfant sont bons. Madame ajoute que quelques accrochages persistent cependant lors des travaux scolaires. Malheureusement, aucun service d'aide aux

devoirs n'est disponible à l'école que fréquente l'enfant ni à la maison de la famille de la localité où la famille réside.

Lors de la rencontre, la jeune fille se dit prête à faire des efforts pour contrôler ses comportements. Elle aborde la thématique des difficultés familiales et des conflits. Elle exprime sa peur de voir sa famille éclater. Elle dit craindre une séparation des parents si les conflits au sein de la fratrie ne s'estompent pas. Elle est peinée par la situation. Elle rend sa sœur Mélina responsable de l'ensemble des difficultés familiales. Nous reflétons à Lydia son inquiétude, sa tristesse et aussi sa colère face à ce qui se passe à la maison. Nous l'encourageons à verbaliser ce qu'elle ressent.

Vingt-et-unième rencontre (15 octobre 2004)

Cette rencontre est divisée en deux. La première partie s'effectue avec la mère et l'enfant pour nous informer des derniers événements et la seconde avec l'enfant seul.

Madame informe que Mélina, l'aînée, a décidé, d'elle-même, d'aller habiter un mois dans une maison d'hébergement pour adolescents afin d'améliorer ses comportements inadéquats (agressivité, mensonges, vols, etc.). Elle part le soir même pour cet endroit. Cette décision semble susciter des réactions dans la famille. Toutefois, les comportements de Lydia sont demeurés bons malgré la crise que traverse la famille. Elle continue à s'améliorer. Actuellement, le problème se situe davantage au niveau des tâches scolaires. En effet, Lydia adopterait toujours une attitude désengagée face à la période des devoirs. L'oubli de matériel scolaire est fréquent.

Par ailleurs, Lydia affirme qu'elle trouve triste le départ de sa sœur. Elle ajoute qu'elle n'aime pas les chicanes et la tension au sein de sa famille. Elle avoue aussi avoir peur de ce qui pourrait arriver si ses comportements ne continuent pas de s'améliorer. Elle craint de devoir quitter sa famille afin d'aller modifier son comportement tout comme le fait sa sœur présentement. Nous lui reflétons l'anxiété qu'elle semble vivre et tente de la rassurer. Elle aborde le thème de l'autorité. Nous travaillons à modifier sa perception de l'autorité en explorant le rôle qu'elle doit jouer, son utilité, ses avantages, etc.

Vingt-deuxième rencontre (22 octobre 2004)

La première partie de la séance se fait en présence de Lydia et de sa mère pour obtenir de l'information sur la dernière semaine. Madame raconte qu'une rencontre a eu lieu à l'école au sujet de sa fille. Les intervenants scolaires souhaiteraient obtenir une copie de notre rapport d'évaluation. Madame n'y voit aucune objection. L'école a constaté une amélioration des comportements de l'enfant, mais l'équipe-école demeure inquiète que l'enfant puisse présenter un retard au niveau de l'apprentissage. Pour cette raison, une référence en orthopédagogie a été faite afin de déterminer les retards académiques de Lydia. La mère relate aussi les événements de la semaine suite au départ de Mélina, Lydia aurait adopté des comportements dérangeants. La mère mentionne que Lydia n'obéit pas aux consignes, s'oppose et recherche continuellement l'attention de ses parents.

Lors de la seconde partie de la rencontre, Lydia aborde le fait qu'elle a effectivement adopté des comportements qui pouvaient être dérangeants pour ses parents, mais elle

avoue s'être comportée de la sorte pour combler son besoin d'attention du moment. Nous explorons avec elle la possibilité que les crises soient l'expression d'une quête d'attention et d'affection. Elle ne veut pas élaborer davantage et ne répond pas à nos questions liées à ses craintes de devoir quitter le foyer familial si ses comportements indésirables ne s'arrangeaient pas. Elle parle aussi de l'autorité et commence à saisir davantage le sens de ce que cela implique. En effet, elle dit être consciente que l'autorité est une instance essentielle auquel elle doit s'adapter. Cependant, elle ajoute que c'est difficile pour elle d'accepter de ne pas avoir le dernier mot, de ne pas avoir la chance de décider. Elle dira ensuite que lorsqu'elle décide, elle a l'impression d'avoir un certain pouvoir sur l'autre. Ainsi, elle dit se sentir plus forte et se valorise de cette façon. Nous explorons comment elle pourrait collaborer avec l'autorité sans se sentir inférieure ou moindre que l'autre.

Vingt-troisième rencontre (29 octobre 2004)

Première partie de la rencontre avec la jeune fille et sa mère où madame nous informe qu'il est survenu une grosse crise avec le père, conflit dégénérant en escalade d'agressivité et de violence de part et d'autre. La désorganisation (crise) de Lydia s'est poursuivie le lendemain à l'école. La deuxième partie de la rencontre se déroule seulement avec l'enfant qui ne veut pas élaborer sur la situation de crise. Elle parlera du fait qu'elle se sent mal, mais refuse d'expliquer davantage. Nous encourageons Lydia à exprimer son vécu affectif, mais elle demeure en silence le reste de la rencontre. Nous interprétons à la jeune fille qu'elle a du vivre de la tristesse, de la colère et de la solitude depuis deux jours.

Vingt-quatrième rencontre (5 novembre 2004)

Dans un premier temps, nous rencontrons la mère de Lydia pour lui donner du soutien et de l'encadrement dans son rôle de parent. Nous discutons des crises de l'enfant. Madame soulève qu'elle a observé qu'il y a un retour des crises depuis le départ de Mélina de la maison. Elle ajoute que depuis que cette dernière n'habite plus avec eux, il y a eu un rapprochement affectif entre Mélina et elle. Nous faisons part à madame de la possibilité que Lydia réagisse à cette relation entre elle et son aînée, d'où le retour des crises. Lydia exprime ainsi son désaccord face à ce rapprochement. Nous réitérons l'importance de l'encadrement et de la discipline à la maison. Nous encourageons madame à donner du temps de qualité à Lydia (moments agréables entre elle et sa fille) et de lui donner de l'attention, de l'affection. Nous abordons aussi, avec madame, la fin des rencontres en raison de la fin de notre stage.

Il s'en suit une rencontre avec Lydia. Elle avoue avoir fait une réflexion sur les crises. Nous explorons avec elle sa réflexion. Elle dit être affectée par plusieurs situations ces temps-ci qui influent, selon elle, sur son comportement. En effet, elle souligne les chicanes et tensions familiales, ses difficultés d'apprentissages, la fin de nos rencontres, la relation avec sa sœur ainsi que le vécu affectif de sa mère. Nous renforçons positivement Lydia, car elle verbalise actuellement ce qui l'habite et présente des pistes de travail intéressantes pour la poursuite de la démarche thérapeutique (apprendre à gérer la colère, améliorer son estime de soi et aussi la séparation-individuation de la figure maternelle).

Vingt-cinquième rencontre (12 novembre 2004)

Nous rencontrons Lydia qui est fière de son comportement exemplaire. Elle mentionne avoir eu une belle complicité avec son frère Alexis cette semaine. Elle aborde ses difficultés scolaires et se demande s'il serait bon pour elle de bénéficier d'un encadrement plus adéquat que la classe régulière. Elle est consciente que son opposition et ses crises sont souvent présentes lorsqu'elle fait face à une difficulté d'apprentissage. Elle déplore notre départ et la fin des rencontres.

Par la suite, nous discutons avec la mère de Lydia qui nous transmet de l'information sur les dernières semaines. Elle s'avoue satisfaite de la dernière rencontre avec l'école. Nous encourageons madame à laisser plus d'autonomie à la jeune fille afin de favoriser une individuation, un processus de séparation mère-fille.

Vingt-sixième rencontre (19 novembre 2004)

Nous voyons brièvement la mère en présence de l'enfant. Nous faisons un retour sur une crise survenue, suite à un refus des parents. Nous renforçons positivement l'encadrement parental et l'attitude des parents face à la crise qui sont demeurés fermes et constants dans leur intervention.

Nous rencontrons Lydia individuellement par la suite. Elle parlera tout au long de la rencontre de notre départ. Elle exprime sa tristesse à ce sujet. Elle mentionne aussi se questionner sur la possibilité d'aller en classe de comportement. Elle s'interroge sur le fonctionnement de ce type de classe. Elle se demande si cela serait adéquat

pour elle. Nous renforçons à nouveau les acquis de Lydia au cours de nos rencontres.

Vingt-septième rencontre (26 novembre 2004)

Il s'agit de la dernière rencontre avec Lydia. Elle parle de ses crises. Elle verbalise que dans ces moments elle agit «en bébé». D'ailleurs, suite à cette verbalisation, elle parlera en bébé le reste de la rencontre. Nous remarquons la régression qui s'effectue au cours de la rencontre et nous faisons le lien avec le fait avec la fin du processus thérapeutique et notre séparation. Nous pouvons nous questionner sur le véritable motif de la réapparition des crises et de la régression observée. Pourrions-nous croire que Lydia agisse ainsi afin d'éviter notre départ et de poursuivre nos rencontres, car en agissant ainsi, elle exprime qu'elle a toujours besoin de nous adoptant encore des comportements perturbateurs.

Nous terminons le suivi et la démarche thérapeutique en discutant avec la mère et la fille afin de faire un bilan thérapeutique et de remémorer les principales recommandations. Lydia aborde à nouveau les comportements de bébés. Elle ajoutera même qu'elle agit de la sorte afin qu'on prenne soin d'elle. Elle confie aussi qu'elle a l'impression qu'elle agit de la sorte pour avoir de l'attention dans ces moments. Elle reproche alors à la mère de passer beaucoup trop de temps avec Mélina. Elle déplore que la mère ne passe pas autant de temps avec elle. Nous interprétons à nouveau à Lydia que nous avons l'impression qu'elle se comporte en bébé et fait des crises de colère afin d'aller chercher l'attention de l'adulte de qui elle est en présence et aussi de s'assurer qu'on puisse bien prendre soin d'elle. Elle

confirme notre hypothèse. Nous effectuons un bilan des rencontres. Nous réitérons à la mère l'importance de chacune des recommandations faites au cours du processus thérapeutique (renforcer les comportements positifs, ignorer les crises le plus possible, donner à l'enfant un encadrement et des règles de discipline stables, constantes et fermes, passer du temps de qualité avec la jeune fille, permettre à Lydia d'acquérir de l'autonomie, etc.). Madame mentionne qu'elle fera des efforts à ce niveau.

Résultat de l'intervention

En résumé, un processus thérapeutique a été entrepris avec cette cliente suite à une évaluation psychologique. La thérapie, de 27 rencontres, s'est étalée sur environ huit mois à raison d'une rencontre d'une heure par semaine. La cliente se présentait de manière relativement assidue aux rencontres.

L'évolution de la thérapie fut assez longue malgré le fait que l'alliance thérapeutique s'est établie rapidement avec les parents et l'enfant. Il a fallu un temps nécessaire à la mise en place de l'arrêt d'agir. Cet objectif fut rencontré seulement vers la fin de mon stage. Par contre, une fragilité demeure dans l'apparition de comportements perturbateurs lorsqu'une situation réveille un conflit psychique n'ayant pas été traité.

En effet, lors de l'annonce de la fin de nos rencontres avec l'enfant, elle refuse de verbaliser ce qu'elle ressent. Par contre, les semaines suivantes, les comportements

de Lydia ont commencé à se détériorer selon ce qu'elle nous rapporte. L'impolitesse et l'attitude face à l'école était médiocre et ce jusqu'à l'apparition d'une crise principale en milieu familial qui s'est poursuivie le lendemain en milieu scolaire. Elle se serait désorganisée complètement. Suite à cet événement, nous nous sommes penchés sur ce dossier afin de revoir un peu ce qui se passait pour cet enfant. Nous avons eu la chance d'explorer avec elle ce qui amenait les crises. Elle était plus disposée qu'auparavant à comprendre ce qui générait ces comportements. Selon Lydia, les crises proviendraient du climat tendu à la maison, de mon départ (difficulté face à cette séparation), de ses difficultés d'apprentissage, de sa sœur qui est en maison d'hébergement pour changer son attitude et du vécu affectif de la mère (réaction à la tristesse et à la colère de la mère). Lydia affirme que les crises peuvent originer de l'ensemble de ces situations. Nous sommes relativement en accord avec les énoncés de la fillette. En effet, il nous semble que le manque d'encadrement parental, les conflits familiaux, la rivalité fraternelle, la revendication affective face à la mère, la relation fusionnelle mère-fille, l'anxiété de séparation ainsi que la présence possible d'un trouble d'apprentissage peuvent expliquer largement les crises faites par Lydia. Alors, nous pouvons croire que lorsqu'elle sera à nouveau confrontée à une de ces situations et qu'elles susciteront chez elle différents conflits, elle pourrait adopter des conduites agressives. Comme ce fut le cas lors de l'annonce de la fin des rencontres, ravivant chez elle une anxiété de séparation. Cela nous amène à dire qu'une thérapie visant seulement la modification du comportement, ici l'arrêt d'agir, n'est pas suffisante si l'on veut s'assurer de l'efficacité du processus thérapeutique avec ce type de problématique.

Relation thérapeutique

Dès le début des rencontres avec l'enfant, l'alliance thérapeutique s'est établie. La relation de confiance n'a pas mis trop de temps à se développer. L'investissement de la cliente envers le thérapeute s'est fait assez rapidement. Il en est de même avec les parents qui ont su se mobiliser et mettre en place les recommandations faites. Ils ont su nous faire confiance et relever le défi. Ils ont aussi accepté sans hésitation de donner leur consentement à ce que nous utilisons le cas de leur fille afin de rédiger l'essai doctoral. La relation de confiance était donc bien établie.

Alors que notre internat se termine et que l'annonce de la fin des rencontres est faite à cette cliente ainsi qu'à sa famille, ils expriment leur déception et leur désir de poursuivre la démarche thérapeutique avec nous, si nous travaillons dans la région. Soulignons aussi qu'au fil des rencontres, la jeune fille semblait réagir fortement à notre départ en réadoptant les comportements dérangeants qu'elle avait abandonnés quelques semaines plus tôt. Rappelons que l'agir est considéré comme un des modes d'expression privilégiés des conflits et des angoisses de l'individu. Cela laisse voir que la relation avec la fillette était bien établie. Elle réagissait à cette séparation. Cela porte à croire que notre départ a ravivé chez elle une anxiété de séparation. À ce stade, nous pouvons amener l'hypothèse que Lydia vit difficilement les séparations éveillant chez elle des sentiments de rejet et d'abandon qu'elle a sans doute vécus dans sa petite enfance. Étant incapable de tolérer la séparation d'avec la figure maternelle, Lydia est entrée dans une dynamique relationnelle symbiotique avec sa mère afin de s'assurer de ne pas la perdre. Nous pourrions aller plus loin en émettant l'hypothèse que, par les crises et les comportements de régression, Lydia

s'assure de garder sa mère à ses côtés. De sorte, qu'ainsi, elle alimente la relation fusionnelle qui la lie à la mère. Cela pourrait expliquer qu'en contexte de crise, il n'y a que madame qui a un effet rassurant et calmant chez la jeune fille. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, les comportements dérangeants servent pour la jeune fille à obtenir l'attention, l'affection et l'exclusivité de la personne de qui elle est en présence. En ce sens, si nous faisons un parallèle avec notre relation, nous pouvons croire que le retour des mauvais comportements depuis peu pourrait être directement en lien avec désir de Lydia que nous ne l'abandonnons pas, que nos rencontres se poursuivre et que nous continuons à prendre soin d'elle. Peut-être nourrit-elle l'espoir que si elle ne va pas bien et qu'elle se comporte de manière désagréable que notre départ n'aura pas lieu et qu'elle pourra continuer de nous voir. Bref, qu'il n'y ait pas de séparation.

Atteinte des objectifs

Il nous semble important, à ce stade, de rappeler que nous avons établi les objectifs thérapeutiques suivants : 1) Diminution à arrêt complet des crises de colère- 2) Modifier la perception que Lydia se fait de l'autorité- 3) Expression des émotions, du vécu affectif- 4) Permettre à Lydia de verbaliser les tensions (familiales, scolaires ou autre) qui influencent ses comportements- 5) Modifier la perception que Lydia a d'elle-même.

La perception de l'autorité a été légèrement abordée à quelques rencontres. Cependant, l'objectif n'a pu être atteint que partiellement. Lydia reconnaît la pertinence de l'autorité et des figures qui la compose. Par ailleurs, elle ne semble pas

prête à l'accepter tout-à-fait. Alors, nous avons travaillé au niveau de la nécessité de gagner, d'avoir le dessus sur autrui, mais encore là, la fillette valorise le sentiment de pouvoir qu'elle peut avoir sur l'autre dans ces situations. Nous avons tenté d'aller plus loin à ce sujet, mais la jeune fille semble éprouver de la difficulté à aller au-delà de ses pensées. Peut-être que la technique utilisée, ici l'approche cognitive-comportementale, s'applique difficilement chez une clientèle de cet âge. De plus, il serait possible de supposer que vu ses difficultés d'apprentissage, Lydia n'est peut-être pas en mesure de faire ce type de travail cognitif ou peut-être est-il prématuré de le faire à ce niveau.

La verbalisation des émotions vécues par le sujet est, nous croyons, un objectif atteint. En effet, suite à la consolidation du lien thérapeutique, la jeune fille s'investissait davantage et se dévoilait. Elle a appris à exprimer ce qu'elle vivait et comment elle se sentait. D'ailleurs, à la fin du suivi, Lydia est plutôt en mesure d'exprimer sa colère, de la traduire par des mots, de la comprendre et de l'expliquer. Elle est davantage en contact avec son monde affectif (ses émotions).

En ce qui concerne la dynamique familiale, il va sans dire que la tension et les conflits tendent à diminuer. Il y a fort à parier que le séjour de la sœur pour modifier son attitude ainsi que le suivi familial entrepris y sont pour beaucoup dans l'amélioration du contexte de vie de la jeune fille. De plus, nous pouvons voir tout au cours de la thérapie, que Lydia a exprimé ses insatisfactions, ses colères et ses craintes par rapport au vécu familial. Le lieu thérapeutique lui a permis d'avoir un

endroit où elle pouvait expulser ce qui lui était difficilement supportable au sein de la famille.

Le dernier objectif a aussi été abordé à quelques reprises sans toutefois être une cible fixe d'intervention. En effet, un travail de conscientisation aux forces de l'enfant, des moments de valorisation, de renforcement positif ont été relevés. Malgré les quelques interventions à ce niveau, cet objectif demeure à travailler, car beaucoup d'éléments de dévalorisation sont encore présents à la fin du processus thérapeutique.

En ce qui concerne le travail fait auprès des parents, leur collaboration fut exemplaire. Ils se sont clairement impliqués dans le processus thérapeutique en accompagnant leur fille, en s'investissant auprès d'elle, mais aussi en mettant en place l'ensemble des recommandations faites. L'objectif de sensibiliser les parents à ce que vit leur fille et les amener à jouer un rôle actif dans le processus thérapeutique semble avoir été atteint. Les acquis du processus thérapeutique doivent se poursuivre malgré la fin du traitement. De plus, nous nous interrogeons s'il n'aurait pas été bénéfique, pour ses parents de participer à des groupes de parents d'enfants présentant des troubles du comportement tel que présenté dans la documentation recueillie sur le sujet.

Il serait important de poursuivre les pistes de travail suivantes; soit de modifier la perception de l'autorité qu'a l'enfant, d'amener un détachement mère-enfant, d'optimiser le développement de l'autonomie chez l'enfant, d'intervenir au niveau de la rivalité fraternelle, de travailler au niveau de l'anxiété de séparation,

d'améliorer l'attitude face à l'école, d'amener la jeune fille à gérer son impulsivité et aussi accroître son estime d'elle-même. Il n'en demeure pas moins que beaucoup de travail reste à faire.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Cet essai avait pour but de faire une recension de la documentation concernant l'efficacité des traitements d'une problématique présentée par un certain nombre d'enfants reçus en pédopsychiatrie. L'étape suivante visait à établir des objectifs et des modalités d'interventions puis de décrire et d'évaluer le processus thérapeutique réalisé, d'où l'idée d'en faire la présentation sous la forme d'une étude de cas.

La problématique faisant l'objet de cette étude était le trouble de comportement. La cliente choisie présente un trouble de comportement de nature extériorisée et aussi intériorisée. Une psychothérapie individuelle de huit mois a été menée auprès de l'enfant à raison d'une rencontre hebdomadaire d'une heure. Lors de notre suivi psychothérapeutique, nous fûmes supervisés par Monsieur Rosaire Daigneault, psychologue à la clinique externe de pédopsychiatrie.

Nous avons été confronté à la divergence entre l'approche psychodynamique que nous aurions voulu appliquer et l'orientation plutôt cognitive-comportementale de notre superviseur en ce qui concerne la psychothérapie avec l'enfant et la guidance parentale. Il nous a cependant laissé la possibilité d'utiliser les techniques reliées à l'approche dynamique. Toutefois, dans un premier temps, nous avons dû nous familiariser avec cette nouvelle approche que nous trouvions utile pour renforcer les comportements adéquats de la cliente et aussi amener l'extinction des

comportements inadéquats, dans son cas, les crises de colère. Ainsi, pour intervenir au niveau de l'arrêt d'agir, les tableaux de renforcement nous parurent ainsi un bon moyen de rencontrer l'objectif, soit de diminuer les crises. Aussi, un travail de guidance parentale a été fait dans l'optique d'amener les parents à établir un encadrement plus structurant (constance et fermeté) pour Lydia, à s'impliquer affectivement auprès de l'enfant, mais aussi au sein du processus thérapeutique. C'est d'ailleurs pour cette raison que les parents étaient rencontrés régulièrement au fil du suivi.

Ces moyens pratiques mis en place, il nous a été possible d'intervenir davantage afin de comprendre quelle difficulté psycho-affective lui faisait agir ses comportements inadéquats, de lui permettre de verbaliser son vécu affectif et de travailler sur la relation avec autrui.

Après coup, l'analyse de cette démarche thérapeutique permet de constater certaines lacunes. En effet, nous constatons que la première partie de cette démarche thérapeutique qui visait, dans un premier temps, l'arrêt d'agir fut plus longue et fastidieuse que prévu. De par la conception théorique utilisée et les recommandations de notre superviseur, il avait été convenu de faire cesser les comportements perturbateurs pour après avoir accès à la source de ses agirs. Ce n'est seulement que par la suite qu'il sera possible de travailler sur les autres cibles d'interventions.

Bien que nous ne croyons pas avoir négligé aucune cible, ni modalité d'intervention, nous nous questionnons sur les résultats obtenus si l'intervention avait porté sur plusieurs niveaux simultanément au lieu de focaliser sur l'arrêt d'agir dans un premier temps. Il est difficile d'en juger, car, au moment où la thérapie prend fin, le processus thérapeutique n'est pas terminé. En effet, bien des éléments demeurent à travailler, comme nous l'avons mentionné précédemment.

Outre ces faiblesses, la démarche comporte également des points forts qui méritent d'être relevés. En fait, la technique utilisée pour travailler sur l'arrêt d'agir apprend à l'enfant à gérer son agressivité, sa colère et aussi son impulsivité. En bref, ça me semble être un moyen efficace pour enseigner à l'enfant comment se contrôler, se contenir. Un autre point positif est l'attention particulière qui est donnée aux comportements adéquats et ils sont renforcés positivement. Le but étant que l'enfant conscientise que l'adoption d'un bon comportement lui vaut une rétroaction positive et améliore son estime de soi. Par ailleurs, cela fournit à l'enfant ainsi qu'à sa famille un support concret à l'encadrement et à une discipline constante et ferme.

Nous avons pu, à travers cet essai et notre internat, constater que le trouble de comportement de nature externalisée touche un bon nombre de filles. Ce n'est pas seulement le propre du genre masculin comme nous sommes souvent portés à croire. N'empêche que cela est dérangeant socialement de voir une fillette exprimant ouvertement de la colère, de l'agressivité par des gestes violents. Sont-elles plus dérangeantes que les garçons adoptant le même type de comportement? Sommes-nous moins tolérants envers elles? Cela a su éveiller chez nous de multiples

interrogations. C'est d'ailleurs pourquoi nous avons choisi, dans cette étude de cas, de traiter d'une fillette pour comprendre ce qui se cache sous les troubles du comportement. Dans le cas présenté, il nous semble que la fillette agisse de la sorte, comme nous l'avons déjà dit, principalement en raison de la présence d'une anxiété de séparation, d'une relation fusionnelle à la mère, de la rivalité fraternelle, de la recherche de l'exclusivité et de l'attention dans la relation ainsi que des difficultés d'apprentissage.

Nous avons également constaté à travers cette démarche que la revue de la documentation sur le sujet était très riche et diversifiée. Il y a autant de façon de conceptualiser les troubles du comportement qu'il y a d'approches thérapeutiques qui définissent les stratégies d'interventions associées. Ainsi, nos lectures nous ont permis de nous familiariser avec d'autres approches, d'autres techniques et d'avoir la chance de les mettre en pratique concrètement. Cela nous a donné accès à une approche plus cognitive-comportementale, alors que nous nous inscrivons davantage dans un registre psychodynamique. Le fait de devoir utiliser une approche cognitive-comportementale nous a permis de voir les avantages qu'elle peut comporter ainsi que les bénéfices qu'elle peut avoir sur la clientèle. Ainsi, nous pensons qu'à l'occasion, il peut être utile, voir nécessaire, d'utiliser ce qui sera bénéfique pour s'assurer de répondre aux besoins du client.

Enfin, ce qui est impressionnant suite au travail effectué au cours de la dernière année, c'est de voir et de constater toute la complexité du genre humain. Cette complexité a réveillé, chez nous, une curiosité, une soif d'apprendre, de comprendre,

mais aussi une sensibilité, une empathie envers les personnes vivant une détresse psychologique. Le cas étudié nous a permis d'avoir accès à cette détresse psychologique ainsi qu'à ce qui la compose pour une clientèle présentant une problématique de trouble du comportement. Cependant, nous pensons qu'il peut y avoir autant d'explications aux troubles de comportement qu'il peut y avoir de personnes qui en souffrent. On ne peut établir directement de lien de cause à effet afin d'expliquer l'apparition d'un tel trouble. C'est d'ailleurs pourquoi on parlera plutôt en terme de facteurs de risque, car il semble que certaines caractéristiques, certaines prédispositions accroissent les probabilités qu'un enfant développe un trouble du comportement. N'en demeure pas moins que si l'enfant en vient à agir des comportements dérangeants à plusieurs niveaux et que ceux-ci altèrent significativement son fonctionnement, il exprime ainsi une détresse psychologique. C'est la façon que choisit l'enfant pour démontrer sa souffrance et exprimer un besoin d'aide. Nous pouvons ici faire le lien avec le cas présenté. En effet, en début de processus, Lydia n'a pas les mots pour exprimer son vécu affectif et ce qui la fait souffrir intérieurement. La détresse devenant insupportable psychiquement, la jeune exprime sa souffrance en adoptant des comportements perturbateurs. C'est la façon pour laquelle Lydia a opté pour exprimer son malaise interne. En plus, il va sans dire que les crises de colère attirent l'attention recherchée. C'est alors, notre devoir, en tant que psychologue, de comprendre quelle détresse, quelle souffrance l'enfant agit en adoptant des conduites extériorisées ou intériorisées et ensuite, d'intervenir efficacement.

Pour notre part, un préalable à l'intervention efficace est de bien saisir la dynamique de la personne en présence et de nous connecter à ses zones de souffrance. À partir de cela, nous nous laissons guider par notre approche thérapeutique ainsi que par ce qui caractérise le client (personnalité, traits de caractère, goûts, intérêts). Cela nous permet d'orienter nos interventions et nous guide dans le choix des techniques thérapeutiques à employer avec un client. N'oublions pas que chaque client est unique et il faut savoir le rejoindre, capter son intérêt, son attention au fil du processus thérapeutique. Ainsi, il sentira qu'il est pris en compte, il se sentira compris et investi. Cela ouvrira la porte à un cheminement chez le client (modification du comportement, changement dans la manière de penser, résolution de conflits intrapsychiques). C'est cela qui témoigne de l'efficacité de l'intervention.

CONCLUSION

En conclusion, il est vraisemblable d'affirmer que le trouble du comportement constitue le motif le plus fréquent de consultation dans les services destinés aux jeunes (CLSC, pédopsychiatrie, etc.) comme le souligne Kazdin (1993) dans Vitaro et Gagnon (2003). Il s'agit d'un phénomène important chez nos jeunes. En effet, la prévalence estimée pour ce trouble varie entre 6 et 16 % chez les garçons et 2 à 9 % chez les filles (Vitaro et Gagnon, 2003). Par contre, il faut faire attention à l'écart trop important entre les garçons et les filles. Cela est d'ailleurs soulevé dans Vitaro et Gagnon (2003) ainsi que par Zoccolillo (1993) qui met en lumière le fait que le trouble de comportement est mal défini chez les filles, l'agressivité apparaissant sous une forme différente et étant souvent moins apparente pour l'entourage.

Ce travail aura permis de comprendre un peu mieux le trouble de comportement chez cette enfant par le biais de l'évaluation et des verbalisations de la jeune fille. Par contre, nous ne pouvons définir clairement les causes spécifiques de ce type de problématique. Nous ne pouvons parler qu'en termes de facteurs de risque. Cela est d'ailleurs mentionné dans les écrits de Vitaro et Gagnon (2003) qui rappellent que selon Zoccolillo et Huard (1999), les causes des troubles de comportement sont inconnues. Ces derniers deviennent alors des pistes de travail intéressantes au moment de l'intervention auprès d'une clientèle présentant des troubles de

comportement. D'ailleurs, c'est de cette façon que nous avons établi nos cibles de traitement.

Les résultats obtenus semblent, somme toute, bons. Les stratégies employées semblent avoir été dans une large mesure efficaces. Cependant, n'ayant pu approfondir davantage au niveau des conflits intrapsychiques et des troubles plus intériorisés, nous sommes conscients que les acquis, à ce jour, demeurent fragiles face à une situation déstabilisante (séparation, départ). Cela nous confirme que le fait d'intervenir à la source du conflit, soit à la base du conflit intrapsychique à l'aide d'une approche psychodynamique accroît le succès du processus thérapeutique et augmente les chances que les symptômes ne réapparaissent pas.

Bref, ce travail met en lumière une meilleure compréhension des troubles du comportement et des stratégies d'intervention qui y sont reliées. Mais beaucoup de recherches, expérimentales et cliniques, demeurent souhaitables à la fois pour mieux comprendre le phénomène et intervenir de manière plus efficace.

BIBLIOGRAPHIE

Achenbach, T.M et McConaughy, S.H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications. Second Edition. Developmental clinical psychology and psychiatry*. Vol. 13 SAGE Publications Inc. Thousand Oaks, California. 226 p.

Achenbach, T.M. (1974). *Developmental psychopathology. Second Edition*. John Wiley and sons, Inc. New York. 770 p.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (1999, 2005). *Children with oppositional defiant disorder*. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 72. <http://www.aacap.org/publications>

American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p.

Association des centres jeunesse du Québec, (1997). *Situations familiales des jeunes suivis pour troubles de comportement sérieux*, Université Laval.

Audet, M. (2003). *Trois modèles d'intervention auprès d'élèves T.C.C.* Association québécoise des psychologues scolaires. <http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin>

Bloomquist, M. L. (1996). *Skills training for children with behavior disorders: A parent and therapist guidebook*. The Guilford Press. New York. 272 pp.

Bloomquist, M.L. et Schnell, S.V. (2002). *Helping children with aggression and conduct problems: Best practice for intervention*. The Guilford Press. New York. 418 pp.

Cesa #11. (2005). *Disruptive behavior disorders : An educational perspective*. Cesa #11 : Serve, Educate ans Lead. <http://www.cesa11.k12.wi.us>.

Cicchetti, D. et Toth, S.L. (1991) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction*. Volume 2. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers. New Jersey. 312p.

Conner, Daniel F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents :research and treatment*. The Guilford Press, New York, 480 pp.

Dumas, Jean E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. 2^e édition*. Éditions De Boeck Université. Bruxelles. 520pp.

Feldman, J. & Kazdin, A.E. (1995). *Parent management training for oppositional and conduct problem children*. The Clinical Psychologist, 48 (4), 3-5.

Forest, M-É. (2001). *La perception du style parental chez les adolescents présentant des troubles de comportement*. Université du Québec à Trois-Rivières.

Fortin, L. et Bigras, M. (1996). *Les facteurs de risques et les programmes de prévention auprès d'enfants en trouble de comportement*. Eastman : Behaviora.

Gagné. J et coll. (1996). *Programme d'intervention pour les élèves en trouble de comportement*. Commission scolaire de Saint-Hyacinthe. 72 pp.

Gagnon. Dr. André. Et coll. (2001). *Démystifier les maladies mentales : Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur. 427 pp.

Goëb, J.L., Malka, J., Duverger, P. (2003). *Les troubles de comportement de l'enfant et de l'adolescent*. Service de pédopsychiatrie de Angers.

Goupil, G. (1997). *Les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (2^e éd.)*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Habimana, E. Éthier, L. Petot, D. et Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Henggeler, S.W. et coll. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents: Treatment manuals for practitioners*. New York. The Guilford Press. 287 pp.

Horne, A.M et Sayger, T.V. (1990). *Psychology practitioner Guidebooks: Treating conduct and oppositional defiant disorders in children*. New york. Pergamon Press. 191 pp.

Kane, A. (2005). Helping you with *Oppositional Defiant disorder*. Add Adhd advances. odd@addadhdadvances.com.

Kernberg, P.F et Chazan, S.E. (1991). *Children with conduct disorders : A psychotherapy manuel*. Basicbooks. United States of America. 305 pp.

Mandell H.P. (1997). *Conduct disorder and underachievement : Risk factors, assessment, treatment, and prevention*. New York. John wiley & sons, inc. 292 pp.

Massé L. et coll. (2006). *Les troubles du comportement à l'école: Prévention, évaluation et intervention*. Montréal. Gaëtan morin éditeur ltée. 400pp.

Ministère de l'éducation. (2001). *Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Québec : Gouvernement du Québec.

McKinnon, S. (1997). *Les problèmes de comportement extériorisés et intériorisés chez les adolescents potentiellement décrocheurs*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Petot, D. (2005). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Dunod. Paris, France. 531pp.

Rouillard, P. (2000). *Recueil de textes*. Trois-Rivières : Département de psychoéducation de Trois-Rivières.

Sabatino, D.A. et Brooks, B.L. (1998). *Contemporary interdisciplinary interventions : for children with Emotional/behavioral disorders*. Carolina Academic Press. North Carolina, USA. 784 pp.

Sanders, M. (2004). Triple P. <http://www9.triplep.net/>

Smith, J.F. (2005). *Oppositional defiant disorder*. Medical Library. <http://www.chclibrary.org>

The Australian Psychological Society Ltd (2002). *Conduct disorder*. Better Health Channel. <http://www.betterhealth.vic.gov.au>.

Tynan, W.D. (2005). *Oppositional defiant disorder*. Emedecine : instant acces to the minds of medecine. <http://www.emedecine.com>.

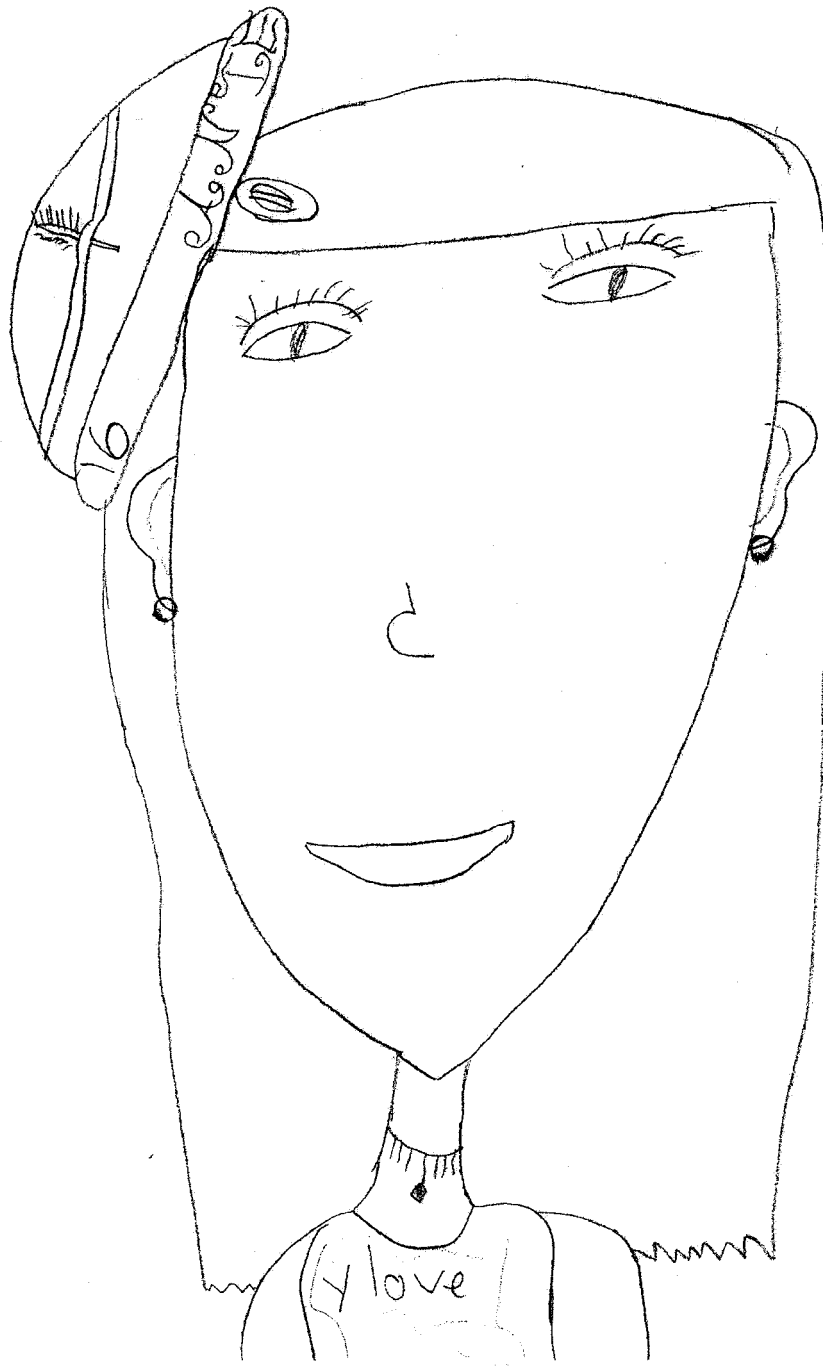
Vitaro, F. & Gagnon, C. (19). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome1 : Les problèmes internalisés*. Presse de l'Université du Québec. Montréal. 535pp.

Vitaro, F. & Gagnon, C. (19). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome2 : Les problèmes externalisés*. Presse de l'Université du Québec. Montréal. 616pp.

Wicks-Nelson, R. et Israël, A. (1997). *Behavior disorders of childhood* (3e éd.). New Jersey: Prentice Hall.

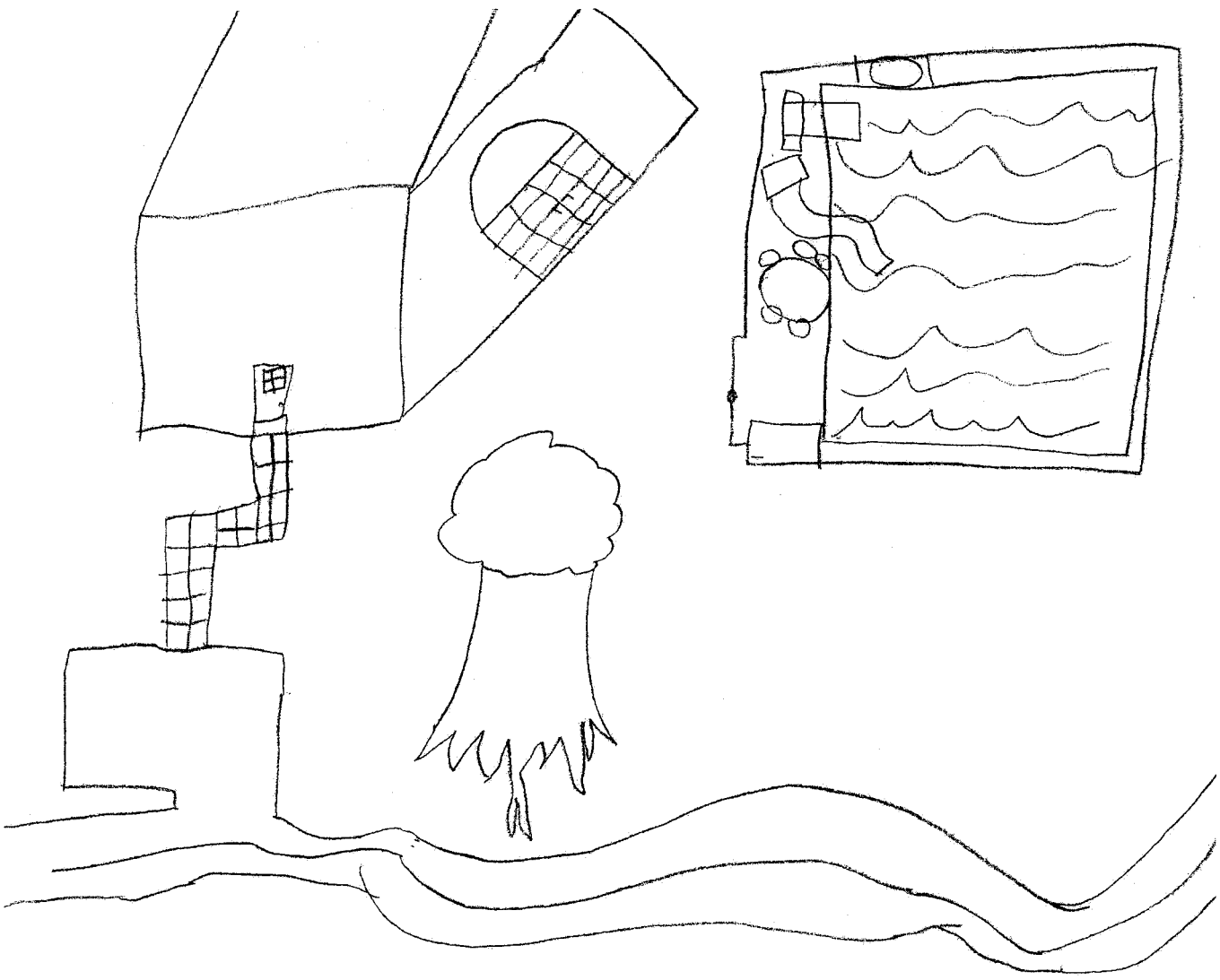
Appendice A

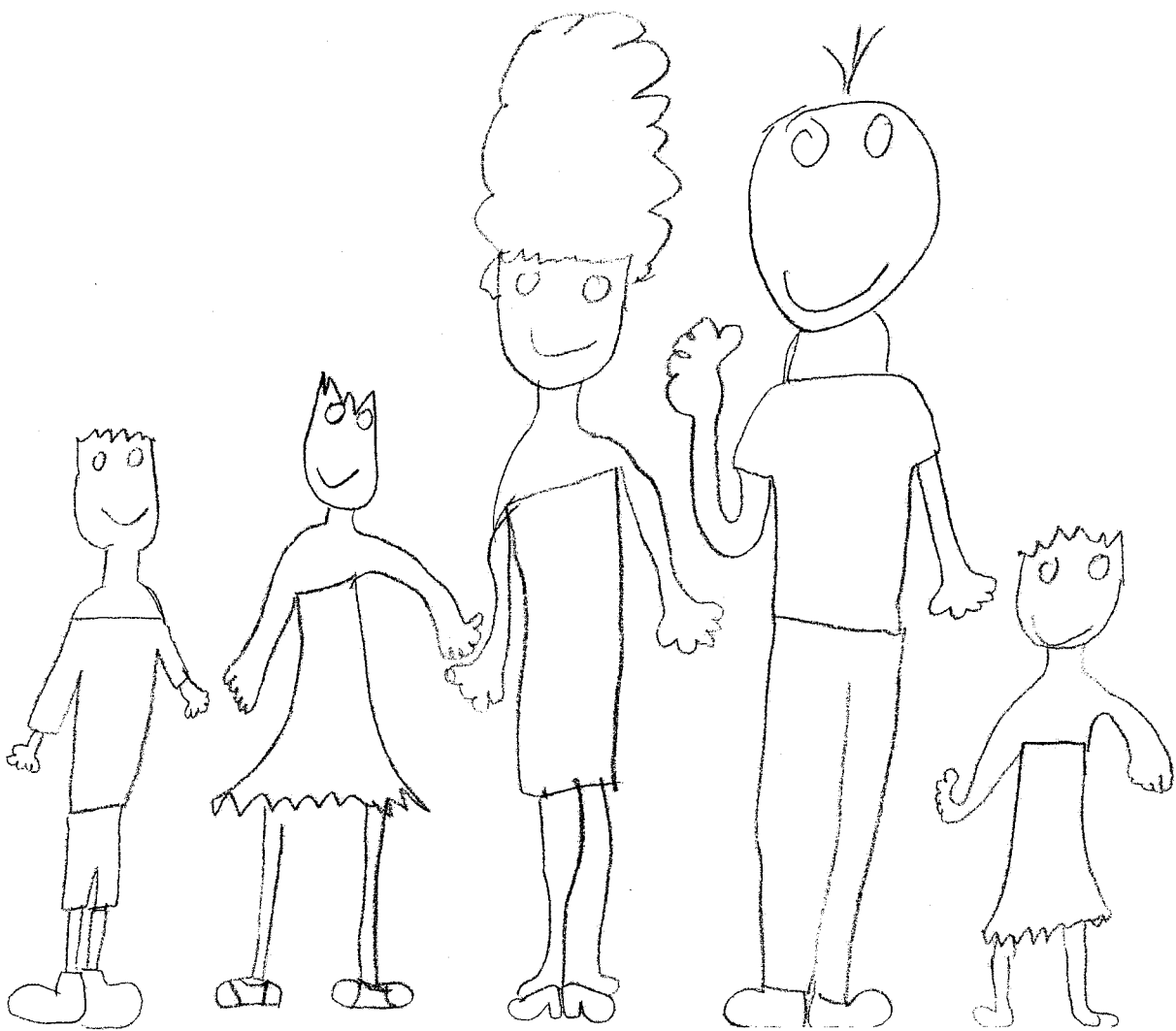
Copie des dessins, des réponses au Rorschach et du verbatim du Roberts



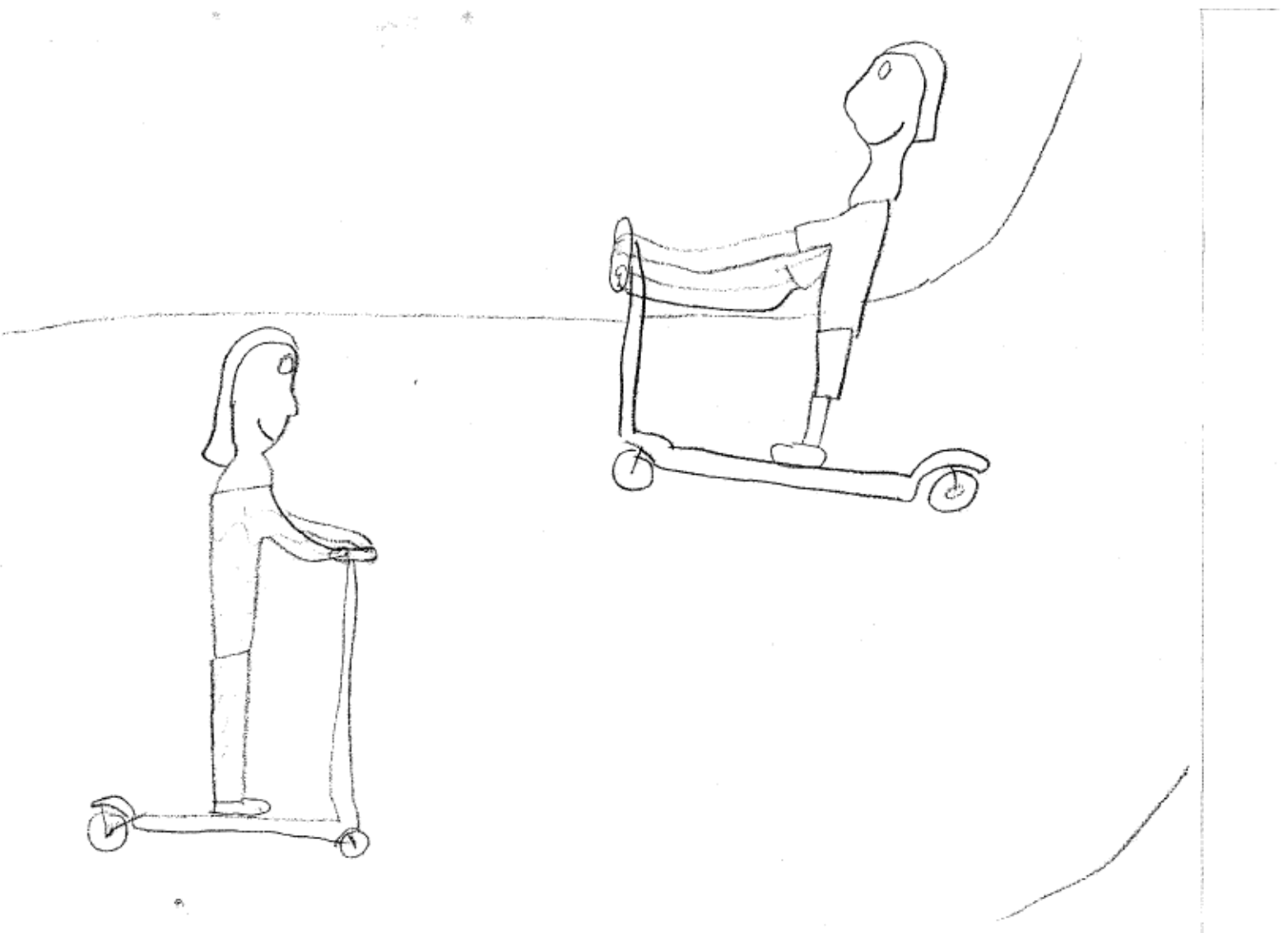
Consigne : Dessine une personne.

Consigne : Dessine une maison, un arbre et un chemin.





Consigne : Dessine une famille.



Consigne : Dessine ta famille en action.

Réponses de Lydia au Rorschach (18 février 2004)**I**

1. Tâche noire avec des trous pis des petites tâches autour.

E : La tâche, les petits trous et les petites tâches autour.

2. Face de licorne coupée en deux.

E : Une face de licorne penchée avec sa corne. Le dessus de sa tête, le début du cou. Elle est morte parce qu'elle s'est fait dévorée.

3. Un masque.

E : Les deux yeux, deux petits trous pour le nez. Non, mieux que ça, la bouche, le nez et les yeux écrasés ici.

II

4. Trou, caverne si tu sautes dedans.

E : C'est du ciment, si tu sautes dedans, descend dedans, ça fait que tu rentes dans une grotte. Tu vois pas le fond. Ça peut être clair comme ça peut être noir.

5. Un monstre, yeux, trou du nez et le sang qui lui sort de la bouche.

E : Les yeux, le trou du nez et le sang lui sort de la bouche. Il vient de perdre toutes ses dents. Il vient de les arracher. Nous ont a pas un gros nez de même et pas les yeux tous malformés.

III

6. Une araignée

E : Les yeux, les pattes, le corps pis le sang sur le dos. (?) Parce qu'elle s'est accrochée à quelque part, je ne sais pas.

@

v7. Un nounours

E : Ses bras, sa tête, ses yeux, son corps, du sang qui lui a tombé dessus quand il a mangé un lièvre. (?) Parce que quand tu manges un lièvre, il y a u sang qui lui a tombé dessus.

v8. Un extra-terrestre

E : Ses petites mains, ses bras, sa tête, ses «bigs» yeux et ses jambes. Il n'a pas de corps.

AJ : Un panda, les bras du panda, sa tête, les deux yeux, le corps et une petite boucle sur le bedon.

IV

9. Une grenouille.

E : Ses deux jambes, ses deux petites pattes d'en avant, sa tête pis son corps
au milieu.

@

v10. Mon chat quand il dort

E : Quand mon chat dort, il s'étire les pattes par en arrière. Tout «effoier».

La tête, pattes, les pattes arrières, la queue. Le poil sur le dos, un chat, ça du
poil.

v11. Mon chat quand il chasse.

E : Quand il chasse, quand il voit l'autre chat, il saute dessus.

AJ : Dragon, tête, ailes, pattes.

V

12. Une chauve-souris, pendue la chauve-souris.

E : Les petites pattes, le corps, les ailes, la tête et les cornes sur le dessus de la
tête. (?) À l'envers, elle a la tête en bas.

@

v13. Un oiseau.

E : Deux pattes, deux ailes, la tête, on oublie ça ici.

VI

14. Une libellule écrasée.

E : la libellule, ça c'est tout son sang, ses affaires qui sont en dedans de elle.

Elle est là. Je pense pas qu'elle s'est fait manger le derrière.

@

VII

@

v15. Deux personnes qui se bécotent.

E : Une personne, deux personnes. Un petit gars, une petite fille. La tête, le corps, bras, jambes. Une bouche, l'autre bouche.

v16. Deux personnes qui dansent.

E : Une personne qui danse, la deuxième personne qui danse.

VIII

@

v17. Des ours.

E : Comme des petits ours, la tête et les 4 pattes, les 3 pattes. Là, c'est des bébés ours.

AJ : Colonne vertébrale, une colonne et plein de petites vertèbres.

IX

@

v18. Une robe.

E : Les épaules, le corps et le orange jusqu'en bas.

19. Eau colorée qui tombe.

E : La couleur, ça fait comme ça. Ça grossit parce que plein d'eau revole et elle arrive à terre.

X

20. Un robot qui danse

E : Le corps, les petits froufrous du robot, la tête. Tu brasses les petits fils.

Les yeux, la bouche.

21. Gribouillis

E : Plein de tâches partout. Les tâches des «mottons» d'encre partout.

Réponses de Lydia au ROBERTS

1G. Ce sont trois personnes qui s'en vont au restaurant et après ils reviennent à la maison. Au restaurant, la petite fille a mal fait ça et en arrivant à la maison le papa l'a chicané. Elle se sent pas bien.

2G. La petite fille s'est fait kidnapper et la maman a retrouvé sa petite fille. Elle était bien contente.

3G. La petite fille n'aime pas les devoirs pis elle a plein plein devoirs à faire et elle les fait pareil.

4. C'est deux meilleures amies, deux petites filles meilleures amies. Une s'est fait mal, s'est blessée et l'autre a de la peine. (?) Il y a des adolescents qui les ont taxés. Se sent mal.

5G. La petite fille qui était blessée, était plus blessée et elle a retrouvé ses parents.

6G. C'est deux petites filles qui font connaissance avec une nouvelle petite fille. Pis elles vont devenir amies. Elles sont joyeuses.

7G. Une des deux petites filles a fait un cauchemar et c'était que la petite nouvelle venait de se faire blesser. Elle se sent mal.

8. C'est une maman qui a amené ses enfants au bureau. Elle a fait connaître ses petits enfants au monsieur. Ils vont allés chez le monsieur avec la maman et ils vont jouer à des jeux de société. Ils sont joyeux.

9. Après ça le petit garçon le lendemain, il va aller à l'école pis il va se faire taxer en chemin. Il est malheureux.

10G. C'est une petite fille que sa maman garde un petit bébé, pis ce petit bébé là, c'est la petite cousine à la petite fille. La petite fille elle ne le sait pas. Elle est contente.

11. La petite fille est allée jouer dehors et elle s'est fait attraper dans une tornade. Elle s'est fait pousser par le vent. Elle va être correct et va retrouver sa maman. Elle est évanouie.

12G. C'est la maman elle s'en va et elle ne reviendra plus. (?) Ne sais pas. Elles sont tristes.

13G. La petite fille est fâchée fait qu'elle a pris une chaise. Je sais pas.

14G. C'est une petite fille, elle se trempe les mains dans la peinture et fait plein de traces sur les murs (?) La mère va la chicaner. Mal.

15. C'est un monsieur qui regarde une madame prendre son bain. Pis la madame va chicaner le monsieur après.

16G. C'est une petite fille qui a apporté une lettre à son papa, une lettre parce qu'elle s'en va en sortie plus tard dans l'année scolaire. Il va dire qu'elle va pouvoir y aller. Elle se sent bien.

Elle aime :

2G=maman et petite fille sont contentes

10=Parce que le petit bébé est «cute»

Elle n'aime pas :

3=Parce que j'aime pas les devoirs

9=Parce que j'aime pas ça quand les autres se font taxer.

Appendice B
Tableau de comportement
(Feuille de route)

Ma feuille de route

5 Bravo !

Semaine du : _____

3 Attention !

Nom : _____

Mes objectifs : Je fais le travail demandé
Je suis polie et je n'argumente pas

0 Reprends-toi !

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Avant-Midi					
Après-Midi					

Signature : _____

Mon objectif pour la semaine est : 80% si je l'atteint j'ai une récompense sinon j'ai une conséquence

Commentaires : _____

Appendice C
Contrat de comportement

Contrat de comportement

Contrat entre _____ et Annie-Claudie Canuel, interne en psychologie à la clinique de pédopsychiatrie du _____

Fonctionnement de la feuille de route à la maison :

J'obtiens un vert si mon comportement est excellent. Dans ce cas, j'écoute, je respecte l'autorité, je ne discute pas les consignes et je suis capable de gérer ma colère.

J'obtiens un jaune lorsque mon comportement est à améliorer. Dans ce cas, je discute les consignes ou les conséquences qui me sont données, j'éprouve de la difficulté à gérer mes émotions (colère, frustration, stress, tristesse, etc.)

J'obtiens un rouge lorsque mon comportement est très difficile. Dans ce cas, il y a escalade de l'agressivité, avec ou sans crise. Les paroles et les gestes dépassent mes pensées. Je ne suis plus capable de me contrôler ou très peu.

Lorsque j'ai obtenu, dans une semaine, le nombre de vert suivant, j'ai le droit à la récompense qui est attribuée.

Ainsi la première semaine, je dois avoir un minimum de 12 verts pour obtenir une permission de 30 minutes de plus sur l'ordinateur.

La deuxième semaine, je dois avoir au moins 15 verts, si je veux me rendre au dépanneur pour m'acheter 1\$ de bonbons.

La troisième semaine, je dois amasser au moins 18 verts pour aller magasiner.

La quatrième semaine, je dois cumuler un total de 21 verts pour faire une sortie familiale ou encore avec la personne de mon choix.

À chaque jaune obtenu, je me vois attribuer une conséquence que j'assume sans discuter.

Conséquences : - Pas d'ordinateur cette journée ou semaine là
- Hors jeu dans la chambre (temps de réflexion)

À chaque rouge obtenu, j'ai droit à une conséquence que j'assume sans discuter et je dois écrire un paragraphe disant,

*Qu'est-ce qui a amené la crise?
Comment je me suis sentie?
Qu'est-ce que j'aurais pu faire d'autre?*

Conséquences : - Pas de sorties à l'extérieur
- Hors jeu dans la chambre (temps de réflexion)

Une fois les quatre semaines accomplies avec succès, une révision de ce contrat sera faite avec Annie-Claudie Canuel.

Fonctionnement du tableau des réussites :

Je m'engage à présenter à Annie-Claudie Canuel mes feuilles de route de la maison et de l'école. En cas d'oubli, je retarde d'une semaine la mise d'une étoile sur le tableau.

Si on juge que mes comportements sont bien, on placera une étoile verte sur le tableau des réussites.

Après un cumulatif de 4 étoiles vertes consécutives, une activité de mon choix sera faite avec Annie-Claudie Canuel.

Si une étoile jaune ou rouge, réflexion écrite sera demandée.

Fonctionnement des rencontres et objectifs de travail :

- Parler de moi et de ce que je vis
- Apprendre à gérer mes émotions
- Changer ma façon de voir l'autorité

Une révision du présent contrat peut s'effectuer à la fin de chaque mois.

Contrat signé ce 18 jour de juin 2004 à St-Hyacinthe.

